

MESTRADO

EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE

**Evolução no padrão de referenciação
dos doentes com acidente vascular
cerebral à rede nacional de cuidados
continuados integrados**

Mafalda Leão Sampaio

M

2017



EVOLUÇÃO NO PADRÃO DE REFERENCIAÇÃO DOS DOENTES COM ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL À REDE NACIONAL DE CUIDADOS CONTINUADOS INTEGRADOS

Mafalda Leão Sampaio

Dissertação para obtenção do
Grau de **Mestre em Educação para a Saúde**
(2º Ciclo de Estudos)

Orientadora: Doutora Bárbara Neves Peleteiro
(Professora Auxiliar Convidada - Faculdade de Medicina - UP)

Porto, Agosto de 2017

AGRADECIMENTOS

A realização deste trabalho apresenta o resultado de muitas horas de estudo, reflexão e empenho, sendo o concretizar desta etapa académica a que me propus.

Gostaria de agradecer,

À minha orientadora da dissertação, Doutora Bárbara Peleteiro, pelo acompanhamento, disponibilidade, sugestões e contribuições dadas durante a realização deste trabalho.

Às colegas Assistentes Sociais, Altina Barros, Isabel Lereno e Sofia Ferreira pela disponibilidade na recolha dos dados (um especial agradecimento à Isabel por acreditar em mim e nas minhas capacidades).

À Doutora Laetitia Teixeira e ao amigo Nuno Lago que prestaram uma preciosa ajuda na análise do tratamento estatístico.

Ao Conselho de Administração do CHP-HSA por autorizar a realização deste projeto.

Por último, mas não menos importante, aos meus pais e à minha irmã, pelo incentivo recebido ao longo deste período e por estarem presentes, mesmo quando ausentes.

Obrigada!

ÍNDICE

► Lista de Figuras	I
► Lista de Tabelas	II
► Lista de Siglas e Acrónimos	III
► Resumo	1
► Abstract	4
► Introdução	5
1. Envelhecimento Demográfico.....	5
2. Envelhecimento BioPsicoSocial	8
3. Envelhecimento e Suporte Social	10
4. Envelhecimento e Incapacidade	11
5. Acidente Vascular Cerebral	14
6. Serviço Social em Contexto Hospitalar	17
7. Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados	19
8. Referências Bibliográficas.....	24
► Objectivos da Investigação	27
► Artigo	
EVOLUÇÃO NO PADRÃO DE REFERENCIAÇÃO DOS DOENTES COM ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL À REDE NACIONAL DE CUIDADOS CONTINUADOS INTEGRADOS	28
► Conclusão	50
► Anexos	52
Anexo I - Formulário para Recolha de Dados dos Processos Sociais	53
Anexo II - Estudo de Investigação com Autorização do Conselho de Administração do CHP	55

LISTA DE FIGURAS

Introdução

Figura 1. População residente, Portugal, 1991-2080 (estimativas e projecções)	5
Figura 2. População residente com 65 ou mais anos, Portugal, 1991-2080 (estimativas e projecções)	6
Figura 3. Índice de envelhecimento, Portugal, 1991-2080 (estimativas e projecções)	6
Figura 4. Esquema Geral da Organização da Alta Hospitalar	20
Figura 5. Esquema Geral do Projecto de Investigação	27

Artigo

Figura 6. Doentes com diagnóstico de Acidente Vascular Cerebral (AVC) referenciados à Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) entre 2011 e 2015	44
Figura 7. Evolução, por ano, no padrão de referenciação dos doentes com Acidente Vascular Cerebral (AVC) à Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI)	47

LISTA DE TABELAS

Artigo

Tabela 1. Caracterização sociofamiliar dos doentes referenciados à Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) (n=493) 45

Tabela 2. Comparação entre os doentes que ingressaram (n=354) e não ingressaram (n=139) na Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI), entre os doentes referenciados (n=493) 48

LISTA DE SIGLAS E ACRÓMINOS

Introdução

AVD - Actividades da Vida Diária
ABVD - Actividades Básicas da Vida Diária
AIT - Acidente Isquémico Transitório
AIVD - Actividades Instrumentais da Vida Diária
AVC - Acidente Vascular Cerebral
ECCI - Equipa de Cuidados Continuados Integrados
EUSI - European Stroke Initiative
INE - Instituto Nacional de Estatística
OMS - Organização Mundial de Saúde
QdV - Qualidade de Vida
RNCCI - Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados
UC - Unidade de Convalescença
UCP - Unidade de Cuidados Paliativos
UE - União Europeia
ULDM - Unidade de Longa Duração e Manutenção
UMDR - Unidade de Média Duração e Reabilitação

Artigo

ARS - Administração Regional de Saúde
AVC - Acidente Vascular Cerebral
DGS - Direcção-Geral da Saúde
ECCI - Equipa de Cuidados Continuados Integrados
HSA-CHP - Hospital de Santo António - Centro Hospitalar do Porto
IC - Intervalos de Confiança
OR - *Odds Ratio*
QdV - Qualidade de Vida
RNCCI - Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados
SPSS - Statistical Package for the Social Sciences
UC - Unidade de Convalescença
UCP - Unidade de Cuidados Paliativos
ULDM - Unidade de Longa Duração e Manutenção
UMDR - Unidade de Média Duração e Reabilitação
VS. - Versus

RESUMO

Introdução: O Acidente Vascular Cerebral (AVC), não só em Portugal mas também no Mundo, constitui uma das causas mais importantes de mortalidade, morbilidade, hospitalização e incapacidade permanente. Os seus efeitos traduzem-se em graves consequências na qualidade de vida (QdV) dos que sobrevivem e das suas famílias e/ou cuidadores informais. Após um evento de AVC, os doentes (quando capazes cognitivamente) e seus familiares precisam de entender e aceitar a “nova” condição e as suas consequências para posteriormente participar activamente na recuperação da sua doença e saúde. A recuperação motora e cognitiva após episódio de AVC é muito importante e tem por objectivo minimizar a incapacidade e dependência do doente, fazendo com que este consiga executar as tarefas diárias com o mínimo de ajuda possível, não só em ambiente hospitalar mas também no domicílio e na comunidade. Para que a recuperação seja satisfatória é necessário compreender a influência das variáveis de saúde e sociais que podem interferir directa ou indirectamente, de forma a estabelecer-se planos de acção adaptados a cada doente. A Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) surge então para proporcionar o seguimento dos cuidados de saúde que são prestados nos hospitais de agudos a doentes com alta hospitalar mas que se encontram funcionalmente dependentes.

Objectivos: Caracterizar todos os doentes internados, entre 2011 e 2015, no Serviço de Neurologia do Hospital de Santo António – Centro Hospitalar do Porto (HSA-CHP), por episódio de AVC e que foram referenciados para a RNCCI; conhecer a evolução no padrão de referenciação; identificar os possíveis factores sociais e de saúde decisivos na escolha do destino de alta.

Material e Métodos: Estudo retrospectivo constituído por todos os doentes internados com diagnóstico de AVC, no Serviço de Neurologia do HSA-CHP, entre Janeiro de 2011 e Dezembro de 2015, e que foram referenciados para a RNCCI. Analisaram-se os processos sociais de 493 doentes, obtendo-se informações quanto ao tipo de AVC, grau de dependência aquando da alta hospitalar, destino de alta, caracterização sociodemográfica e habitacional e os indicadores de risco/vulnerabilidade sociais. Compararam-se os dados obtidos relativamente aos doentes que tiveram alta para a RNCCI e os que foram para outros locais. As análises estatísticas foram efectuadas com o recurso ao software SPSS Statistics (versão 24.0; IBM).

Resultados: O número de doentes internados em Neurologia com diagnóstico de AVC e referenciados à RNCCI manteve-se constante ao longo dos cinco anos. A amostra foi constituída por 493 doentes (53,1% mulheres) com uma idade média de 74,3 anos e a mediana do valor do rendimento ou pensão de 454,50€. A Unidade de Média Duração e Reabilitação (UMDR) foi a que recebeu o maior número de doentes, independentemente do ano. O tempo médio de espera de vaga na RNCCI aumentou de 30,7 dias em 2014 para 43 dias em 2015. O único factor estatisticamente significativo para o ingresso dos doentes na RNCCI foi o “grau de dependência”.

Conclusão: O envelhecimento da população é uma realidade que exige que se encontrem estratégias de intervenção de modo a proporcionar uma melhor QdV das pessoas.

Após ocorrência dum evento de AVC, se o doente recuperar do défice motor ou cognitivo, ou se a incapacidade não for muito acentuada, por forma a que este consiga executar as actividades de vida diárias apenas com supervisão, o internamento hospitalar será curto e o doente terá alta para o domicílio. Caso o défice seja elevado e o doente aguarde vaga numa das Unidades da RNCCI, o tempo de internamento hospitalar vai ser maior pois o número de camas existentes na RNCCI não é suficiente para a procura. Por conseguinte, não há resposta atempada às necessidades actuais dos doentes.

Dados os resultados obtidos no presente estudo, é essencial combinar esforços para progressivamente dar resposta atempada às necessidades dos doentes sem comprometer a qualidade dos cuidados, o que passa pelo investimento na RNCCI.

ABSTRACT

Introduction: Not only in Portugal but also worldwide, stroke, also known as cerebral vascular accident, is a major cause of mortality, morbidity, hospitalization and permanent disability, leading to serious consequences to the quality of life (QoL) of survivors and their families and/or informal caregivers. After such an event, patients (when cognitively capable) and their family members need to understand and accept the "new" condition and its consequences/disabilities to subsequently actively participate in the recovery of their illness and health. The motor and cognitive recovery after an episode is very important and aims to minimize the patient's impairment and dependence, allowing him/her to perform the daily tasks with minimal assistance possible, not only in the hospital environment but also at home and in their community. To have a satisfactory recovery it is necessary to understand the influence of health and social variables that can interfere directly in the recovery. This way, it is possible to establish action plans adapted to each patient. The National Network of Integrated Long-Term Care (RNCCI) exists to provide the follow-up of health care that is provided in acute hospitals to patients who have been discharged but are functionally dependent.

Objectives: Characterize all inpatients, between 2011 and 2015, in the Department of Neurology, Hospital de Santo António – Centro Hospitalar do Porto (HSA-CHP), by stroke episode and who were referred to the RNCCI; describe trends in the referral pattern; identify the possible social and health factors that are decisive in choosing the discharge destination.

Material and Methods: Retrospective study involving all inpatients with a stroke diagnosis at the Department of Neurology, HSA-CHP, between January 2011 and December 2015, and who were referred to the RNCCI. The social processes of 493 patients were analyzed to obtain information on the type of stroke, degree of dependency upon discharge, discharge destination, socio-demographic and housing characterization and indicators of social risk/vulnerability. The data obtained were compared between patients discharged to the RNCCI and those who went to other destinations. Statistical analyses were performed using SPSS Statistics software (version 24.0; IBM).

Results: The number of inpatients in Neurology diagnosed with stroke and referred to the RNCCI remained constant over the five years. The sample consisted of 493 patients (53.1% female) with a mean age of 74.3 years and the median income or pension of €454.50. The Midterm Rehabilitation (UMDR) was the one that received the largest number of patients, regardless of the year. The average waiting time for a vacancy in the RNCCI increased from 30.7 days in 2014 to 43 days in 2015. The only statistically significant factor for patients entering the RNCCI was the "degree of dependence".

Conclusion: Population ageing is a reality that requires intervention strategies in order to provide a better QoL. After a stroke event, if the patient recovers from the motor or cognitive deficit, or if the disability is not very pronounced, so that they are able to perform activities of daily living with only minimal supervision, the hospital stay will be short and the patient will be discharged home. In the case of a high deficit and if the patient waits for a vacancy in one of the RNCCI Units, the length of hospital stay will be longer as the number of beds in the RNCCI is not sufficient for the demand. Consequently, there is no timely response to the patients' current needs.

Considering the results obtained in this study, it is essential to combine efforts to progressively respond to patients' needs without compromising quality of care, which implies investment within the RNCCI.

INTRODUÇÃO

1. Envelhecimento Demográfico

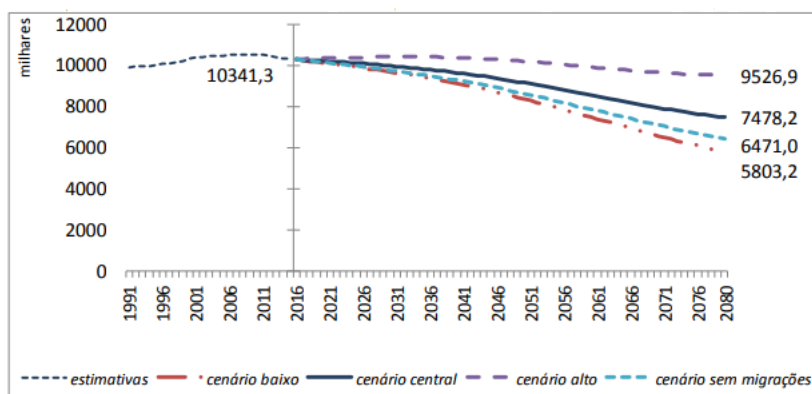
O envelhecimento da população observa-se em todos os países, em especial nos mais industrializados. Portugal tem vindo a apresentar grandes alterações demográficas com relevantes impactos económicos, sociais e culturais, de que o envelhecimento é um efeito e ao mesmo tempo um factor. Na maioria dos países o número de pessoas idosas está a aumentar, a par com a diminuição no número de nascimentos. A população idosa ocupa cada vez mais um papel fundamental na estrutura da nossa sociedade. Em Portugal considera-se idosa a pessoa com idade igual ou superior a 65 anos, estando esta associada à idade legal de reforma (que em 2017 passou para os 66 anos e 3 meses, tendo em conta a evolução da esperança média de vida aos 65 anos – Portaria n.º 67/2016, de 1 de Abril).

Segundo o World Population Ageing 2015, divulgado em 2015 pela Divisão de População das Nações Unidas, a proporção mundial de pessoas com 60 ou mais anos de idade, de 2000 a 2015 teve um aumento de 48%, podendo atingir 56% em 2030. A mesma fonte refere que em 2015 e a nível mundial, havia 86 homens por cada 100 mulheres no grupo etário dos 60 ou mais anos, e 63 homens por cada 100 mulheres no grupo etário dos 80 ou mais anos – que em 2050 se projecta aumentar para 89 e 73, respectivamente. Verifica-se que a população idosa é predominantemente composta por mulheres pois estas tendem a viver mais tempo do que os homens. Algumas das explicações relatadas para este facto, através de vários estudos, são o estilo de vida activo, a preocupação com uma alimentação saudável e a predisposição genética.

Dados do Instituto Nacional de Estatística (INE), divulgados no exercício Projeções de População Residente 2015-2080 (2015), revelam que (i) a população residente em Portugal tenderá a diminuir, (ii) a população jovem diminuirá, (iii) a população idosa vai aumentar, (iv) a população em idade activa vai decrescer e (v) vai acentuar-se o envelhecimento demográfico.

De acordo com a fonte supracitada, Portugal, até 2080, vai perder população, passando dos atuais 10,3 para 7,5 milhões de pessoas, ficando abaixo do limiar de 10 milhões em 2031 (Figura 1).

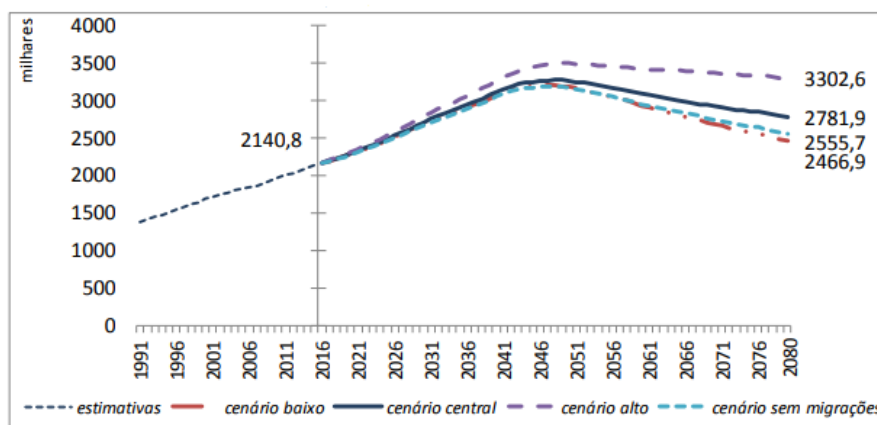
Figura 1. População residente, Portugal, 1991-2080 (estimativas e projecções)



Fonte: INE. Consultado em 5/6/2017

A população com 65 ou mais anos de idade residente em Portugal poderá passar de 2,1 para 2,8 milhões de pessoas, entre 2015 e 2080 (Figura 2). Em 2080, a população idosa poderá atingir entre 3,3 milhões no cenário alto e 2,5 milhões de pessoas no cenário baixo. O acréscimo mais acentuado no cenário alto resulta, sobretudo, de um superior aumento da esperança de vida.

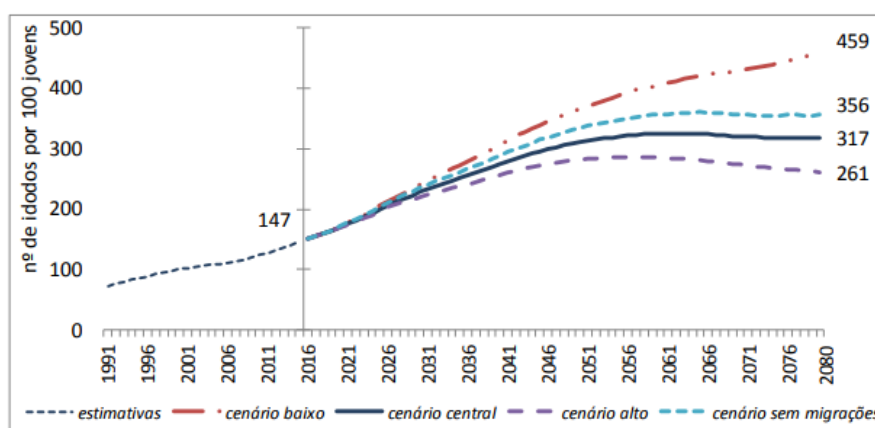
Figura 2. População residente com 65 ou mais anos, Portugal, 1991-2080 (estimativas e projecções)



Fonte: INE. Consultado em 5/6/2017

O índice de envelhecimento poderá mais do que duplicar entre 2015 e 2080, passando de 147 para 317 idosos por cada 100 jovens (Figura 3).

Figura 3. Índice de envelhecimento, Portugal, 1991-2080 (estimativas e projecções)



Fonte: INE. Consultado em 5/6/2017

Como consta no Relatório Mundial de Envelhecimento e Saúde, elaborado pela Organização Mundial de Saúde (OMS, 2015), em Portugal as projecções para 2060 são 35% de pessoas acima dos 65 anos (28% na UE) e 16% (12% na UE) para pessoas com mais de 80 anos. O aumento do número de idosos significa também que as pessoas vivem mais tempo. Nos anos 60 a esperança média de vida para as mulheres era de 66 anos e para os homens 60; actualmente, estima-se que as mulheres com 65 anos possam viver mais 20,67 anos e os homens mais 17,32, passando a esperança média de vida para os 81,1 anos (INE, 2016).

Apesar do aumento das pessoas com mais idade reflectir uma melhoria nas condições de vida e das políticas de saúde, para a maioria dos países desenvolvidos também representa um desafio. A sociedade tem que adaptar-se de modo a “maximizar a capacidade funcional e a saúde” dos mais velhos, assim como a sua participação e integração social.

O envelhecimento é um processo natural, pelo qual todas as pessoas passam, e que é caracterizado por alterações biológicas, psicológicas e sociais. Apesar da evidência mostrar que ao se envelhecer perdem-se algumas habilidades, tal facto não está apenas relacionado com a idade cronológica, mas também com os diversos eventos que ocorrem ao longo do curso da vida e que podem ser modificáveis pelo próprio indivíduo de acordo com as opções que toma no seu dia-a-dia.

A Comunidade Europeia recomenda que as políticas para fazer face ao desafio do envelhecimento terão de ter em conta aspectos como a renovação demográfica, o emprego, a produtividade, o dinamismo produtivo da Europa, o acolhimento e a integração efectiva de imigrantes e as finanças públicas sustentáveis (Censos, 2011).

O envelhecimento é um fenómeno global que afecta não só os idosos, alguns dos quais com particular gravidade, mas também as suas famílias, colidindo com a capacidade destas em responder a este desafio. Por esta razão é fundamental que as políticas sociais, de educação e de saúde tenham em conta as projecções das necessidades da população neste novo perfil demográfico.

2. Envelhecimento BioPsicoSocial

Sendo o envelhecimento um fenómeno inerente a todo o ser humano, o seu conceito tem sofrido diversas alterações ao longo dos tempos, tendo evoluído de acordo com as atitudes, as crenças, as culturas, os conhecimentos e as relações sociais de cada época (Sequeira, 2010).

A OMS (2002) define o idoso como a pessoa com 60 ou mais anos para os países em desenvolvimento e com 65 ou mais anos para os países desenvolvidos. Por outro lado, reconhece que qualquer que seja o limite mínimo tido em apreciação, que não se deve considerar a idade cronológica como um medidor preciso para as alterações que acompanham o envelhecimento, podendo haver modificações quanto ao nível das condições de saúde, ao nível de participação na sociedade e ao nível de independência entre as pessoas idosas, em diferentes contextos.

Como referido anteriormente, o conceito de envelhecimento na sociedade portuguesa encontra-se associado a uma fase específica do ciclo de vida que é a idade de reforma (65 anos), sendo esta percepcionada como o anúncio do início da velhice (Squire, 2002). O envelhecimento é visto como processo natural e universal integrado no ciclo de vida biológico e que resulta da interferência de vários factores: uns intrínsecos, como a determinação da constituição genética dos indivíduos; outros extrínsecos, como o ambiente, a nutrição, a educação, a saúde e o bem-estar social que, associados ao envelhecimento, têm consequências no equilíbrio biopsicossocial do ser humano (Berger & Mailloux-Poirier, 1995). Outro autor que segue a mesma linha de raciocínio é Costa (2002), que define o envelhecimento como um processo vasto, multidimensional, activo e crescente, onde se verificam alterações morfológicas, funcionais, bioquímicas, psicológicas e sociais. Tais alterações vão determinar a progressiva perda da capacidade de adaptação do indivíduo ao meio ambiente e ao próprio processo de envelhecer, ocasionando maior vulnerabilidade e maior incidência de processos patológicos, que acabam por levá-lo à morte.

Para o autor Fontaine (2000) as pessoas envelhecem de diversas maneiras, podendo falar-se de:

- **idade biológica** entendida como envelhecimento orgânico;
- **idade social** vista como o papel, o estatuto e os hábitos da cada pessoa, sendo determinada pela cultura e pela história de cada país;
- **idade psicológica** definida pelas competências comportamentais que a pessoa pode mobilizar em resposta às mudanças do ambiente (ex.: capacidade de memória, capacidades intelectuais e as motivações para o empreendimento).

Também Sant'Anna (2003) define o envelhecimento como um conceito multidimensional, que envolve aspectos biológicos, psicológicos e sociológicos, para além da idade cronológica. As características do envelhecimento são diferentes de indivíduo para indivíduo, dentro de determinado grupo social, mesmo quando estão expostos às mesmas variáveis ambientais.

Os factores sociais do envelhecimento dizem respeito à forma como cada sociedade constrói a sua imagem da velhice, de acordo com a sua estrutura económica, social e política. Como substituir o idoso, enquanto pessoa social que desempenha um determinado papel na sociedade em que está inserido, pelos saberes que domina e que tradicionalmente são transmitidos às gerações seguintes, é o desafio que se coloca a cada sociedade (Lima & Viegas, 1988).

Segundo Cordeiro (1987), as privações dos mais idosos tendem a ver-se nas suas perdas ou privações sucessivas – a saúde, a actividade profissional, a libido, o cônjuge, os amigos, etc., a que se associa um sentimento de perda dos meios pessoais de fazer face ao stress de origem interna, como a angústia, ou ao stress de origem externa derivado de situações de mudança. É um período da vida em que se verifica uma enorme mudança nos planos corporal, familiar e socioprofissional, bem como no esforço que a pessoa tem de dispensar na adaptação às novas condições de vida, um momento de alto risco para o bem-estar psicológico da pessoa. Ao nível psicológico, os problemas relacionados com o envelhecimento nem sempre estão directamente relacionados com a diminuição das capacidades cognitivas, mas sim com as perdas de papéis, crises, doenças, fadiga, desenraizamento e outros factores que diminuem a capacidade de concentração e de reflexão dos idosos (Berger & Mailloux-Poirier, 1995).

A velhice é a última etapa do ciclo de vida e a esta associa-se a perda de capacidades funcionais e a diminuição da aptidão para trabalhar, assim como a perda de papéis sociais, verificando-se o aumento de carências psicológicas, motoras e afectivas. Estas alterações físicas e psicológicas afectam as pessoas de maneira diferente, dependendo do seu nível socioeconómico e da forma como vivenciou os últimos anos que antecederam a entrada na velhice.

A OMS (2002) tem vindo a propor um novo modelo de envelhecimento activo mais abrangente, de perspectiva multidimensional e não direccionada somente para a questão da empregabilidade, mas como um processo de optimização das possibilidades de saúde, de participação e de segurança, de modo a aumentar a qualidade de vida durante a velhice. Face ao aumento da população idosa no mundo, a OMS, no Relatório Mundial de Envelhecimento e Saúde (2015) defende um programa de “envelhecimento saudável”. Este tem por base mudanças nos sistemas de saúde actuais, passando estes de modelos curativos baseados na doença para a prestação de cuidados integrais dirigidos aos adultos que ainda não são idosos. Neste relatório, Margaret Chan, Directora-Geral da OMS, referiu que o envelhecimento da população em todo o mundo está a aumentar rapidamente e que, pela primeira vez na história, a maioria das pessoas poderá esperar viver para além dos 60 anos, o que vai trazer consequências negativas na saúde e nos sistemas de saúde.

3. Envelhecimento e Suporte Social

Segundo várias investigações das áreas sociais e humanas, as quais demonstram uma preocupação crescente em compreender a forma como os factores psicossociais e biológicos interagem na história do indivíduo, os resultados revelam a importância do suporte social no tratamento das doenças, favorecendo o bem-estar do indivíduo que se encontra doente.

Para Barrón (1996), o suporte social é um conceito interactivo que se refere às acções que se estabelecem entre as pessoas e que podem ser distribuídas por três modelos:

- **suporte emocional** que diz respeito à disponibilidade de alguém com quem se pode falar e inclui as condutas que fomentam sentimentos de bem-estar afectivo;
- **suporte material e instrumental** que se caracteriza por acções ou materiais proporcionados por outras pessoas e que servem para resolver problemas práticos e/ou facilitar a realização de tarefas quotidianas;
- **suporte de informação** que se refere ao processo através do qual as pessoas recebem informações ou orientações relevantes que as ajudam a compreender o seu mundo e/ou ajustar-se às alterações que existem nele.

Na opinião de Paúl (2001), as redes sociais de apoio não são mais do que formas como as ligações humanas se estruturam, sistemas de apoio (para manutenção e promoção da saúde das pessoas) e recursos que são partilhados entre os membros desses sistemas.

A rede de suporte pode ser dividida em:

- **suporte formal** que inclui os serviços estatais (Segurança Social) e os serviços organizados pelo poder local (Lares para a Terceira Idade, Serviços de Apoio Domiciliário, Centros de Dia);
- **suporte informal** que diz respeito ao apoio prestado pelas famílias, amigos e vizinhos (Nogueira, 1996).

Embora a oferta de equipamentos e serviços ter aumentado, muito à custa do sector privado não lucrativo, a procura continua a exceder a oferta. No que respeita aos benefícios sociais, verifica-se que os trabalhadores que prestam cuidados a familiares em linha ascendente não beneficiam dos mesmos direitos do que os trabalhadores que prestam cuidados a familiares em linha descendente. Para além disto, os benefícios para idosos são ainda bastante modestos e muito reduzidos para as despesas que têm de ser colmatadas nesta fase de vida (Complemento de Dependência e Complemento Solidário para Idoso).

Apesar de se ouvir muitas vezes dizer que a família actualmente é uma instituição decadente, que se encontra em crise e que foi substituída por outro tipo de grupos sociais ou instituições, a verdade é que esta continua a ser, nos dias de hoje, uma instituição significativa de suporte e realização afectiva do indivíduo.

À crescente simetria entre homens e mulheres no domínio do trabalho, contrapõe-se uma persistente assimetria no domínio da repartição das tarefas domésticas e dos cuidados a idosos. Isto resulta numa sobrecarga das mulheres (tradicionais prestadoras de cuidados), fazendo com que estas se debatam com grandes dificuldades para conciliar o trabalho profissional com as responsabilidades familiares. Essas dificuldades só podem ser reduzidas com diversos apoios, quer ao nível da oferta de equipamentos e serviços para idosos, quer ao nível dos benefícios sociais (subsídios, licenças, benefícios fiscais).

Quando o apoio social que a família fornece ao seu idoso é satisfatório, vai ter efeitos positivos no mesmo, fazendo com que ele se sinta amado, seguro para resolver os seus problemas de saúde e com elevada auto-estima. Neste sentido, a **nível normativo**, as famílias funcionam como um quadro de referência, fornecendo normas de conduta que facilitam a integração no meio. A **nível relacional**, garantem o suporte moral, geram estabilidade emocional e criam um sentimento de pertença. Por último, a **nível instrumental**, garantem a realização de serviços, tais como as tarefas domésticas, ajudam os seus elementos em situações de necessidade e, por vezes, até mesmo ajudando financeiramente tendo em vista a aquisição de habitação (Segalen, 1981 & Coenen-Huther, 1994, citado por Pimentel, 2005). As relações sociais, principalmente as familiares, têm um papel fundamental para manter e promover a saúde física e mental do indivíduo, bem como a possibilidade de manutenção de relações entre as gerações. Estudos mostram que as relações familiares podem levar a uma melhoria da saúde dependendo do grau de relação (muito dependente ou não) que se estabelece com as pessoas que ajudam (Krause, 1995), porque manifestam nos idosos sentimentos de amor, de afeição, de preocupação e de assistência.

4. Envelhecimento e Incapacidade

Um envelhecimento saudável está fortemente relacionado com a manutenção da autonomia e independência, principalmente para as pessoas com mais idade. Como se sabe, com o crescente número de pessoas idosas aumenta a probabilidade de ocorrência de situações de dependência física, psíquica e social.

Segundo Berger e Mailloux-Poirier (1995), à medida que se envelhece a capacidade de realizar de forma autónoma algumas atividades do dia-a-dia pode ficar comprometida. Uma das razões para este motivo poderá ser a dependência causada pelo aparecimento de doenças crónicas (ex.: doenças cardiovasculares, neoplasias, doenças do foro mental, aparelhos músculo-esquelético e respiratório). E outro factor poderá ter a ver com o resultado da perda global das funções fisiológicas decorrentes do próprio processo de envelhecimento. Assim sendo, pode dizer-se que o conjunto de factores genéticos, ambientais e de carácter social parecem condicionar o aparecimento de quadros de dependência.

A OMS (2005) define doença crónica como aquela que apresenta uma ou mais das seguintes características: é permanente, produz incapacidade e/ou deficiências residuais que são causadas por alterações patológicas irreversíveis, exige uma formação especial do doente para a reabilitação, ou pode exigir longos períodos de supervisão, observação ou cuidados. Para além das doenças que nos idosos possuem características particulares (ex.: hipertensão arterial, insuficiência cardíaca, infecções, obstipação, osteoporose ou disfunção sexual), existem outras doenças geriátricas que pela sua prevalência têm de ter uma atenção especial quanto aos sintomas, diagnóstico e estratégias de prevenção. Segundo Figueiredo (2007), as doenças com principal repercussão na saúde mental e na dependência, são sobretudo as demências, sendo estas responsáveis por um elevado nível de dependência e de incapacidade e stress, quer para os idosos quer para as famílias.

Na perspectiva dos autores Netto e Ponte (2002), a **autonomia** pode ser entendida como a capacidade de decisão, liberdade, direito e de comando, assim como capacidade de realizar algo com os seus próprios meios. É um conceito amplo, que traduz a condição da pessoa se poder relacionar com outros de forma igualitária. O contrário de autonomia é a **incapacidade** de o indivíduo escolher as regras da sua conduta, bem como a orientação dos seus actos e os riscos que pode correr. Trata-se dum comportamento do indivíduo em relação a si mesmo, como autor responsável pelas suas leis e pelo sistema de valores que presidem às suas atitudes. Segundo Vicente (2002), autonomia é entendida como sendo a capacidade, a liberdade e o direito de estabelecer as próprias leis e a capacidade de se autogovernar; consiste na atitude ou capacidade de planear a sua própria vida e de estar em relação com os outros para em conjunto participar activamente na construção da sociedade. A diminuição da capacidade funcional compromete a realização das actividades do dia-a-dia, sendo esta influenciada por indicadores sociais, demográficos e de saúde, tendo-se como exemplo as doenças crónicas, o analfabetismo, o isolamento social, os problemas de visão, antecedentes de acidente vascular cerebral, etc. O Decreto-Lei n.º 101/2006, de 6 de Junho (alínea h) do art.º 3.º) entende por **dependência** "(...) a situação em que se encontra a pessoa que, por falta ou perda de autonomia física, psíquica ou intelectual, resultante ou agravada por doença crónica, demência orgânica, sequelas pós-traumáticas, deficiência, doença severa e ou incurável em fase avançada, ausência ou escassez de apoio familiar ou de outra natureza, não consegue, por si só, realizar as actividades da vida diária". O conceito de dependência é pois multifacetado e pode ocorrer desde o nascimento, em qualquer momento da vida; tem múltiplas causas e não é sinónimo de velhice, afecta vários domínios (mental, físico, económico, social) e pode haver processo de adaptação, dependendo do grau de dependência a nível funcional, pois não se pode assumir que todos os casos são irreversíveis.

De acordo com artigo 3.º do Decreto-Lei n.º 265/99, de 14 de Julho, considera-se em situação de dependência quem não consiga praticar com autonomia os actos indispensáveis à satisfação das necessidades básicas da vida quotidiana (realização dos serviços domésticos, locomoção e cuidados de higiene), necessitando de apoio de outra pessoa.

Em contexto geriátrico e gerontológico estes actos correntes da vida são geralmente denominados como Actividades da Vida Diária (AVD) e Actividades Instrumentais da Vida Diária (AIVD). As **AVD** referem-se às **actividades necessárias para o autocuidado**, sendo estas a alimentação, o vestir, o tomar banho, a deambulação, o ir ao wc, o deslocar/transferir. As **AIVD** são as requeridas para se **poder viver em comunidade e relacionar-se com os demais**, tais como tarefas domésticas (limpar, cozinhar, fazer compras), tomar a medicação, utilizar meios de transporte, lidar com dinheiro, utilizar o telefone, etc. (Manual de Boas Práticas - Prevenção da Violência Institucional Perante as Pessoas Idosas e em Situação de Dependência, 2002).

No que diz respeito a este assunto são várias as tipologias, os graus ou níveis de dependência utilizados pelos diversos autores, pelo que apenas serão referidos aqui os conceitos utilizados no âmbito da Carta Social (Nogueira, 2009):

- **pessoa autónoma**: é capaz de realizar sem apoios de terceiros os cuidados de necessidade básica;
- **pessoa parcialmente dependente**: necessita apenas de supervisão ou vigilância, visto ainda ter ainda alguma autonomia quer ao nível da mobilidade, quer ao nível da realização de algumas AVD (ex.: higiene pessoal, vestir/ despir, comer);
- **pessoa dependente**: encontra-se numa situação em que necessita não só de supervisão, mas também de ajuda efectiva de terceira pessoa na realização de algumas actividades básicas da vida quotidiana como, por exemplo, confecção das refeições, cuidados de higiene pessoal, controlar a toma dos medicamentos;
- **pessoa totalmente dependente**: necessita diariamente de ajuda visto não ter capacidade para desempenhar um determinado conjunto de tarefas “básicas”. São pessoas que se encontram acamadas ou que têm fortes restrições ao nível da mobilidade, ou que apresentam quadros de demência grave.

Como se pode verificar, a extensão e a intensidade dos cuidados variam em função do grau de incapacidade da pessoa. Esta pode necessitar apenas de alguma vigilância na realização de algumas AVD (ex.: na confecção de refeições, na ida ao médico, na toma dos medicamentos, etc.) ou pode já não ter capacidade para fazer autonomamente as actividades, necessitando, por isso, da ajuda permanente de outras pessoas.

Diferentes graus de incapacidade correspondem a diferentes necessidades e cuidados, a níveis variados de exigência para os familiares e a mobilização de recursos, também eles diferentes. Cuidar duma pessoa idosa incapacitada representa um trabalho árduo e exigente, também do ponto de vista afectivo, que requer uma grande disponibilidade de tempo e energia. Nos dias de hoje, verifica-se que os múltiplos problemas que afectam a pessoa idosa, associados às rápidas transformações socioeconómicas, familiares e culturais da sociedade, exigem uma dinâmica de reforços e respostas adequadas, que propiciem a melhoria do seu bem-estar que se vai traduzir na sua qualidade de vida (QdV).

5. Acidente Vascular Cerebral

Apesar dos grandes avanços ao nível da prevenção e intervenção perante o Acidente Vascular Cerebral (AVC), este continua a ser a condição mais prevalente e com grande impacto na sociedade actual, trazendo alterações bastantes significativas no estado de saúde dos doentes afectados por esta patologia, diminuindo significativamente a sua QdV.

A OMS define o AVC como sendo um comprometimento neurológico focal (ou global) que subitamente ocorre com sintomas persistindo para além de 24 horas, ou levando à morte, com provável origem vascular (OMS, 2006). Sendo que o cérebro humano é irrigado por artérias, que transportam oxigénio e nutrientes e que são responsáveis pelo fornecimento do sangue bombeado pelo coração, o acidente vascular cerebral acontece quando uma dessas artérias fica obstruída ou quando se rompe, causando insuficiência no fluxo sanguíneo (EUSI, 2003). A determinação do tipo de AVC depende do mecanismo que o originou, mas duma forma geral podem ser divididos em dois grandes tipos: AVC isquémico ou AVC hemorrágico.

O **AVC isquémico** é o mais comum (EUSI, 2003) e acontece pela redução ou oclusão brusca do fluxo sanguíneo em uma artéria cerebral ficando impossibilitada a chegada de sangue a determinada região do cérebro, provocando degeneração do tecido cerebral, e pode ser de subtipo:

- trombótico, causado pelo desenvolvimento de um coágulo de sangue (trombo) no interior duma artéria principal ou dos seus ramos em direcção ao cérebro, o que vai originar uma isquemia (diminuição do fluxo de sangue);
- embólico, quando o bloqueio é causado por coágulo de sangue, gordura, ar, bactéria ou outro corpo estranho, que se forma num vaso sanguíneo em alguma parte do corpo e é libertado na corrente sanguínea até às artérias cerebrais, produzindo oclusão;
- lacunar, ocasionado por enfartes muito pequenos que ocorrem somente onde arteríolas perfurantes se ramificam directamente de grandes vasos.

O **AVC hemorrágico** é causado pela ruptura espontânea de um vaso sanguíneo enfraquecido, causando derramamento de sangue no cérebro ou à volta dele, criando inchaço e pressão e danificando células e tecido no cérebro, podendo este ser provocado por:

- hemorragia intracerebral que acontece quando um vaso sanguíneo rebenta dentro do cérebro;
- hemorragia subaracnóidea que se verifica quando o sangramento envolve a área entre o cérebro e o tecido que cobre o cérebro (espaço subaracnóideo).

O tratamento imediato do AVC isquémico pode passar por resolver a obstrução da artéria que causa o AVC, enquanto que no AVC hemorrágico o tratamento poderá envolver o tratamento da hemorragia cerebral.

A ocorrência dum AVC é repentina e os efeitos sentidos no corpo são imediatos, e os sintomas variam de acordo com o território cerebral envolvido (EUSI, 2003), mas os mais frequentes são caracterizados por:

- dormência, fraqueza ou paralisia de um lado do corpo (braço, perna ou parte inferior da pálpebra descaídos, ou a boca torta e salivante);
- fala arrastada ou dificuldade em encontrar palavras ou discurso incompreensível;
- visão subitamente enublada ou perda de visão;
- confusão ou instabilidade;
- forte dor de cabeça.

A regressão dos sintomas depende de caso para caso, podendo ocorrer a reversão completa dos sintomas em menos de 24 horas e nesse caso chama-se Acidente Isquémico Transitório (AIT). Nos AIT os sintomas são muito semelhantes a um AVC (fraqueza de um lado do corpo, perturbações visuais e fala arrastada), contudo são temporários (duram alguns minutos ou horas) e não deixam sequelas. No entanto, devem servir de alerta para que a pessoa procure assistência médica imediata, pois o risco de um AVC é muito elevado (Martins, 2006).

Os dados apresentados no relatório Portugal – Doenças Cérebro-Cardiovasculares em números – 2015, referem que, pela primeira vez, o peso relativo das doenças do aparelho circulatório (cérebro-cardiovasculares) entre as causas de morte da população representaram um valor inferior a 30% (Ferreira, 2016). O AVC é a primeira causa de morte em Portugal, mostrando os estudos que cerca de 6 pessoas sofrem um AVC em cada hora, de que resultam 2 a 3 óbitos (Sá, 2009). Segundo o relatório supra, em 2015, em Portugal, morreram 11751 pessoas devido a doenças cerebrovasculares (uma média superior a 32 mortes por dia), 1773 das quais por AVC hemorrágico e 6099 por AVC isquémico.

Como já se referiu, o evento da doença causa elevadas taxas de mortalidade, deficiências e incapacidades funcionais para as actividades de vida diária (Sá, 2009).

As sequelas da doença, como a paralisia e alterações da motricidade, alterações sensoriais, da comunicação e da linguagem (afasia), as alterações cognitivas (ex.: memória) e os distúrbios emocionais, provocam um grande impacto (económico, social e familiar), na vida da pessoa e da sua família, predispondo-as a graves riscos de saúde e de bem-estar (Martins, 2006).

De forma a evitar a ocorrência de AVC é necessário identificar e tratar as condições que são factores de risco vascular, tais como a hipertensão arterial, o tabagismo, a diabetes, as dislipidemias (ex.: aumento do colesterol), a obesidade e o excesso de peso. Depois é necessário promover a prática de um estilo de vida saudável, que passa pela prática regular de exercício físico, uma dieta pobre em sal e em gorduras saturadas e rica em fruta, verduras e fibras (dieta mediterrânica), o consumo moderado de álcool, um menor índice de massa corporal e não fumar (ESO, 2008). Tudo o que foi referido enquadra-se na prevenção primária do AVC, assim como se aplica após a ocorrência dum evento (prevenção secundária).

Sendo o AVC a primeira causa de morte em Portugal seria de esperar uma maior preocupação entre a população, principalmente entre os doentes que utilizam frequentemente as instituições de saúde, mas tal não se verifica. A mensagem não deverá estar a ser transmitida adequadamente, pois quando se apela para a prática de exercício físico e se aborda o tema da dieta, excesso de peso, tabagismo, de forma a estabelecer-se um estilo de vida saudável, esta mensagem é vista, por muitos, na óptica da estética e não na efectiva contribuição para a saúde pública e para o bem-estar pessoal. Para além da prevenção é importante referir o papel de todos os que trabalham na atenuação da dependência e da incapacidade em consequência do AVC. É uma tarefa multidisciplinar que envolve o próprio cidadão, os profissionais de saúde, os políticos, o tecido social, as equipas de integração, as redes familiares, entre outros. A investigação deve, por isso, considerar as características desta doença, os seus impactos na vida pessoal, familiar e social e também as características sociodemográficas dos doentes e seus prestadores informais de cuidados.

6. Serviço Social em Contexto Hospitalar

As transformações sociais em curso, o progressivo envelhecimento da população e as suas consequências, solicitam reformas nas políticas e nos sistemas de saúde e de segurança social. Ao mesmo tempo, conferem uma responsabilidade acrescida aos profissionais de saúde e à comunidade em geral, no sentido de se delinear estratégias de intervenção articuladas face aos problemas mais prementes deste grupo. As últimas décadas em Portugal foram de significativos ganhos em saúde, mas também se acentuaram os problemas associados à pobreza, à exclusão social e ao isolamento das populações. São muitas as pessoas que vivem em situação de carência social, sendo que a sua intenção ao deslocar-se ao hospital não é só por causa dos sintomas causados por um mal-estar e/ou sofrimento físico, mas também com o intuito de pedir ajuda e/ou apoio social.

Em contexto hospitalar, o profissional de serviço social é o mediador entre o sistema de saúde, a família e a comunidade (Circular Normativa nº 8 de 2002). Em articulação com a equipa multidisciplinar (médicos, enfermeiros, auxiliares e outros profissionais) e com a colaboração dos doentes e/ou seus familiares, o seu papel tem como finalidade promover condições para a reabilitação e reinserção social dos doentes, reduzindo o impacto de factores socioeconómicos, culturais e ambientais desfavoráveis ao seu bem-estar.

Durante o processo de organização da alta deve estabelecer uma relação de ajuda com o doente, família e/ou prestador de cuidados, de forma a minimizar as dificuldades decorrentes da situação de doença. É desta forma que se promovem as condições indispensáveis para a alta hospitalar, articulando-se, para o efeito, com as redes formais e informais da comunidade, desencadeando-se as respostas mais adequadas às necessidades de cada utente. A intervenção social junto do doente e da família deve ser uma relação empática de forma a se incidir na educação e informação para a saúde, no suporte psicológico (através do aconselhamento e da psicoterapia) e nas redes sociais de apoio, formais ou informais. Tem como objectivo fundamental promover o desenvolvimento de capacidades e competências sociais a diversos níveis: (i) ao nível cognitivo, fornece informação aos indivíduos, incentivando a sua compreensão para o funcionamento da sociedade e orientando-os sobre a melhor forma de utilizarem os seus recursos; (ii) ao nível relacional, facilita o desenvolvimento das relações interpessoais e grupais, capacitando os indivíduos para assumirem novos papéis e estimulando novas formas de comunicação e expressão; e (iii) ao nível organizativo, promove a interacção entre cidadãos, organizações e outras estruturas sociais, accionando ou criando novos recursos sociais e desenvolvendo a participação e a capacidade organizativa dos indivíduos e grupos.

Durante o internamento do doente no Serviço de Neurologia, as situações são referenciadas ao Serviço Social através das reuniões multidisciplinares, pelos próprios doentes e/ou familiares, ou por instituições da comunidade. Como nem todos os doentes se encontram em situação de “risco social” é necessário ter-se em conta alguns indicadores sociais:

- diagnóstico clínico incapacitante (dependência de 3ª pessoa nas AVD);
- reinternamentos hospitalares frequentes;
- incumprimento do plano terapêutico;
- residir só;
- sinais de negligência ou maus-tratos;
- retaguarda familiar incapaz de garantir a continuidade de cuidados.

A interligação entre a equipa multidisciplinar é fundamental para se fazer um bom diagnóstico clínico e social do doente e da sua família, para que a alta seja elaborada tendo em conta o indivíduo como um todo.

- A **equipa médica** tem um papel integrante na gestão multidisciplinar e no cuidado a longo prazo do doente de AVC, incluindo a recomendação de um programa de reabilitação, assim como no tratamento de comorbilidades.

- A **equipa de enfermagem** tem uma actuação próxima na participação das tarefas de cuidado pessoal dos doentes, dando informações, apoio e orientações à família e a outras pessoas envolvidas na prestação de cuidados, como seguir um plano de medicação, higiene pessoal, transferências.

- A intervenção do **serviço social** dá-se por meio da disponibilização de informações sobre (i) os princípios e directrizes do Serviço Nacional de Saúde, (ii) direitos e deveres sociais, orientações e (iii) encaminhamento para os serviços e recursos da rede social da comunidade.

O técnico social, em articulação com os outros elementos do serviço, tem conhecimento do diagnóstico e do prognóstico clínico, dos cuidados de saúde que o doente vai precisar e do seu grau de incapacidade aquando da alta. Em conjunto com o doente e/ou família, são elencados os problemas e identificadas as necessidades, elaborando-se assim o diagnóstico social que vai permitir definir estratégias de intervenção e criar um plano de cuidados pós-alta com vista à melhoria da QdV do doente. Para a elaboração do diagnóstico social é fundamental que o assistente social conheça (i) a situação familiar, económica e habitacional do doente e/ou do seu agregado familiar, (ii) que compreenda os seus modos de vida e (iii) que avalie a qualidade das suas relações interpessoais. Posteriormente define-se as estratégias a adoptar e as técnicas de intervenção mais adequadas sendo realizadas diligências para a resolução das necessidades verificadas, implicando-se as redes de suporte informal quando existem (família, vizinhos e pessoas de referência) e as redes de suporte formal da comunidade (lar, centro de dia, serviço de apoio domiciliário a – maioria gerida por Instituições Particulares de Solidariedade Social).

7. Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

Após o evento de AVC, as pessoas que ficam com sequelas físicas e/ou mentais necessitam de uma reabilitação dinâmica, contínua, progressiva e educativa para atingirem a restauração funcional, reintegração familiar, comunitária e social, além da manutenção do nível de recuperação e da QdV (Sá, 2009).

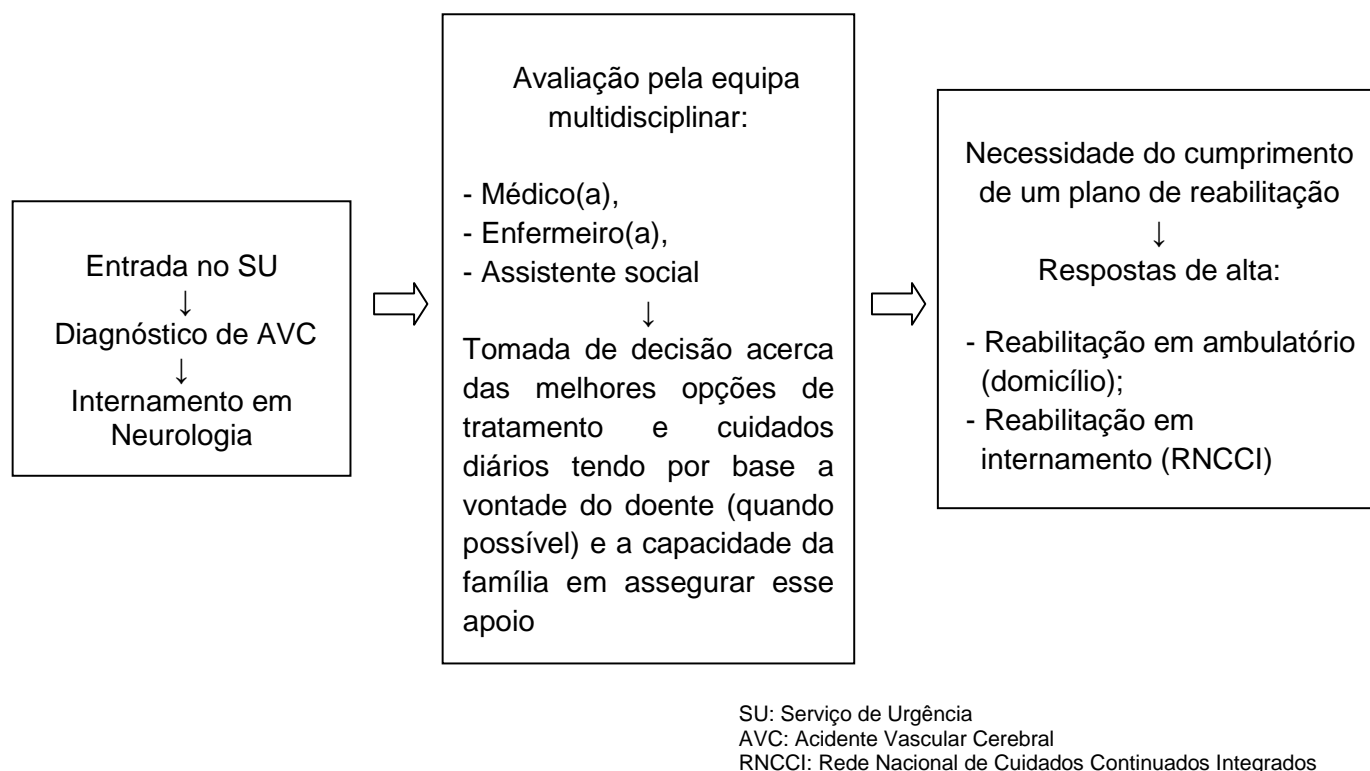
Sendo o AVC uma doença que causa grande dependência e incapacidade, é importante avaliar o efeito negativo nas várias dimensões – deficiências físicas e psíquicas, baixas médicas prolongadas, reforma antecipada, necessidade de um maior apoio social e familiar, aumento do número de ida aos serviços de saúde (consultas, reabilitação), maior consumo de medicamentos (Sá, 2009). O AVC afecta as várias dimensões da QdV e por isso impõe-se a necessidade de avaliar os doentes de forma partilhada, interdisciplinar, tendo em vista a sua reabilitação multidimensional. A reabilitação apresenta uma grande importância para a minimização do impacto do AVC tanto para o utente como para a sua família, e a mesma deveria ser iniciada o mais precocemente possível, pois tem um impacto positivo na funcionalidade e reduz a incidência de transferências para outras valências (Leite, 2005).

Assim, a reabilitação deve iniciar-se logo que exista indicação médica de que a pessoa se encontra clinicamente estável. A precocidade do início da reabilitação e a sua frequência, assim como as alterações no estilo de vida são factores que influenciam fortemente o potencial de recuperação. Nesta fase vai haver um processo de recuperação ou de aprendizagem da gestão dos danos que o AVC causou, que envolve voltar à vida normal alcançando o melhor nível de independência possível através da reaprendizagem de capacidades e habilidades, aprendizagem de novas capacidades e adaptação a algumas situações que não são reversíveis.

A necessidade de continuidade dos cuidados é actualmente abordada pelos serviços de saúde com grande preocupação no acompanhamento dos doentes e das famílias no momento da alta. Num contexto de acentuada ênfase nas políticas de manutenção da pessoa com dependência no domicílio, com altas hospitalares cada vez mais precoces, o êxito das políticas não reside apenas na disponibilidade da família para assumir exclusivamente essa responsabilidade, mas nos serviços de apoio formal e no modo como os cuidados continuados são prestados e valorizados (Augusto, 2002).

O processo de reabilitação começa no hospital com a equipa multidisciplinar (médicos, enfermeiros, terapeutas, assistente social e outros profissionais), assim como através da manutenção duma atitude positiva e dum bom suporte familiar, emocional e social em casa e na comunidade (Figura 4).

Figura 4. Esquema Geral da Organização da Alta Hospitalar



Como forma de responder aos problemas de saúde e sociais existentes foi criada a **Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI)**, sendo este um novo modelo organizacional, elaborado em conjunto pelos Ministérios da Saúde e do Trabalho e da Solidariedade Social, formado por um conjunto de instituições públicas e privadas que prestam cuidados de saúde e de apoio social, de forma continuada e integrada.

A RNCCI, criada pelo Decreto-Lei n.º 101/2006, de 6 de Junho, tem como objectivo geral “a prestação de cuidados continuados integrados a pessoas que, independentemente da idade, se encontrem em situação de dependência. Para esse objectivo contribuem a reabilitação, a readaptação e a reintegração social e a provisão e manutenção de conforto e QdV, mesmo em situações irreversíveis”. Dirige-se a pessoas em situação de dependência que necessitam de cuidados continuados de saúde e de apoio social, de natureza preventiva, reabilitadora ou paliativa, prestados por unidades de internamento, unidades de ambulatório, equipas hospitalares e equipas domiciliárias prestadoras de cuidados continuados integrados.

Em conformidade com o artigo 19.º da Portaria n.º 50/2017, de 2 de Fevereiro, “podem ser referenciadas as pessoas com limitação funcional, em processo de doença crónica ou na sequência de doença aguda, em fase avançada ou terminal, ao longo do ciclo de vida e com necessidades de cuidados de saúde e de apoio social.”

Para ingresso na RNCCI os critérios são unicamente clínicos, e as condições gerais de admissão em todas as tipologias da RNCCI nos casos seguintes:

- alimentação entérica;
- tratamento de úlceras de pressão e ou feridas;
- manutenção e tratamento de estomas;
- terapêutica parentérica;
- medidas de suporte respiratório (ex.: oxigenoterapia ou a ventilação assistida);
- ajuste terapêutico e ou de administração de terapêutica, com supervisão continuada.

As unidades de internamento prestam cuidados de saúde e de apoio social, na sequência de episódios de doença aguda ou da necessidade de prevenção de agravamentos de doença crónica, centrados na reabilitação, readaptação, manutenção e cuidados paliativos a pessoas que se encontram em situação de dependência, com vista à sua reintegração sociofamiliar (Capítulo II – artigo 5.º) e distribuem-se por quatro tipologias:

• **Unidade de Convalescença (UC)** – tempo de internamento \leq a 30 dias: doentes com episódio agudo que implique perda de autonomia transitória e que careça de cuidados de saúde que, pela sua complexidade ou duração, não possam ser prestados no domicílio:

- cuidados médicos e de enfermagem, permanentes;
- reabilitação funcional intensiva.

• **Unidade de Média Duração e Reabilitação (UMDR)** – tempo de internamento com duração até 90 dias: doentes que na sequência de uma doença aguda ou reagudização de doença crónica impliquem perda de funcionalidade, careçam de continuidade de cuidados de saúde, reabilitação funcional e apoio social e pela sua complexidade ou duração, não possam ser assegurados no domicílio:

- cuidados médicos diários e de enfermagem, permanentes;
- reabilitação funcional.

• **Unidade de Longa Duração e Manutenção (ULDM)** – tempo de internamento \geq a 90 dias: doentes cuja prestação de cuidados de apoio social, continuidade de cuidados de saúde e de manutenção do estado funcional, pela sua complexidade ou duração não possam ser assegurados no domicílio:

- cuidados médicos regulares e cuidados de enfermagem permanentes;
- reabilitação funcional de manutenção;
- internamento em situações temporárias por dificuldade de apoio familiar e necessidade de descanso do principal cuidador, até 90 dias por ano.

• **Unidade de Cuidados Paliativos (UCP)** – tempo de internamento \leq a 30 dias: doentes em situação de sofrimento decorrente de doença incurável ou grave, em fase avançada e progressiva, assim como às suas famílias, com o principal objetivo de promover o seu bem-estar e a sua QdV, através da prevenção e alívio do sofrimento físico, psicológico, social e espiritual.

Ao nível do domicílio, existe o apoio prestado pelas Equipas de Cuidados Continuados Integrados (ECCI). São caracterizadas por serem equipas multidisciplinares da responsabilidade dos Cuidados de Saúde Primários e das entidades de apoio social, para a prestação de serviços domiciliários a pessoas em situação de dependência funcional transitória ou prolongada, que não se podem deslocar de forma autónoma. O critério de referenciação assenta na fragilidade, limitação funcional grave, condicionada por factores ambientais, com doença severa, em fase avançada ou terminal, ao longo do ciclo de vida, mas têm que reunir condições no domicílio que permitam a prestação dos cuidados continuados integrados que requeiram:

- frequência de prestação de cuidados de saúde superior a 1 vez por dia ou, prestação de cuidados de saúde superior a 1 hora e 30 minutos por dia, no mínimo de 3 dias por semana;
- cuidados além do horário normal de funcionamento da equipa de saúde familiar, incluindo fins-de-semana e feriados;
- complexidade de cuidados que requeira um grau de diferenciação ao nível da reabilitação;
- necessidades de suporte e capacitação ao cuidador informal.

Quando os doentes estão internados num hospital do SNS, podem ser propostos para a RNCCI através da referenciação efectuada pela equipa multidisciplinar do serviço onde estão internados (médico, enfermeiro, assistente social e fisioterapeuta), à Equipa de Gestão de Altas, a qual tem por objectivo preparar e gerir a alta hospitalar em articulação com outros serviços (cfr. n.º 1 do art. 23.º do Decreto-Lei n.º 101/2006, de 6 de Junho). O tempo de referenciação, até à identificação de vaga, pode relacionar-se com vagas disponíveis, mas também com o facto dos profissionais das Equipas Coordenadoras Locais terem outras funções para além das atribuídas à RNCCI, tanto na vertente Saúde como na de Segurança Social.

De forma a ser assegurada a funcionalidade e a qualidade da RNCCI é realizada a monitorização contínua dos serviços prestados, sendo todos os anos elaborados dois relatórios de consulta pública. De acordo com o último Relatório de Monitorização da RNCCI, que diz respeito ao ano de 2015, este conclui que no final de 2015 existiam 7.759 camas em funcionamento, tendo havido um aumento de 8,4% em relação ao final de 2014.

No que diz respeito à caracterização dos doentes que ingressam na RNCCI, o relatório refere que (i) a população com idade superior a 65 anos representa 83,9% do total; (ii) a que tem idade superior a 80 anos representa 47,1% do total; (iii) a população abrangida mantém as mesmas características de períodos anteriores: é envelhecida, maioritariamente feminina, com baixo nível de escolaridade, carenciada e com elevada incapacidade e dependência.

O mesmo documento também refere que os dois principais motivos de referenciação (cada doente pode ter mais do que um) dizem respeito à necessidade de “ensino ao utente/cuidador informal” (91%) e à “dependência nos autocuidados” (88%) e, por essa razão, as UC com 89% e as UMDR com 78% são as que apresentam um maior número de doentes.

Em relação a diagnósticos associados aos motivos de referenciação, 20,1% dizem respeito a doença vascular cerebral aguda, seguido da fractura do colo do fémur com 8,2% e de úlceras crónicas com 4,6%.

Segundo o Plano de Desenvolvimento da RNCCI 2016-2019, é explícito que “a Rede se destina a pessoas que, independentemente da idade, se encontrem em situação de dependência. Todavia, 10 anos após a sua criação, torna-se evidente que a maioria (cerca de 85%) dos seus utentes são idosos (...)”.

Tendo em conta a realidade com que nos deparamos, a RNCCI tem colmatado algumas das necessidades de cuidados de saúde (ex.: doenças agudas, considerável prevalência de doenças crónicas incapacitantes, perda de funcionalidade) e de apoio social (redução substancial da rede de apoio informal). No entanto é importante continuar a dar-se atenção ao complexo processo de envelhecimento, de forma a se estruturar, melhorar, adaptar e alargar as respostas já existentes.

8. Referências Bibliográficas

Administração Central do Sistema de Saúde, IP. (2016). *Relatório de Monitorização da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados 2015*. Departamento de Gestão da Rede de Serviço e Recursos em Saúde. Disponível em: <http://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2016/11/Relatorio-de-monitorizacao-anual-de-2015.pdf>

Augusto, B. (2002). *Cuidados continuados - Família, centro de saúde e hospital como parceiros do cuidar*. Coimbra: Formasau.

Barrón, A. (1996). *Apoyo social. Aspectos teóricos y aplicaciones*. Madrid: Siglo XXI de España Editores.

Berger, L. et al. (1995). *Pessoas Idosas: Uma abordagem global*. Lisboa: Lusodidacta.

Circular Normativa N.º 8 de 16 de Maio de 2002. *Enquadramento funcional do Serviço Social na área da saúde*. Departamento de Modernização e Recursos da Saúde do Ministério da Saúde. Disponível em: <https://servicosocialsaude.wordpress.com/funcoes/>

Cordeiro, J. D. (1987). *A Saúde mental e a vida: pessoas e populações em risco psiquiátrico*. Lisboa: Edições Salamandra.

Costa, M.A. (2002). *Cuidar idosos. Formação, práticas e competências dos enfermeiros*. Coimbra: Formasau.

Decreto-Lei n.º 265/1999, de 14 de Julho. *Diário da República nº 200/99 - I Série B* (5930 – 5931). Lisboa: Ministério do Trabalho e da Solidariedade.

Decreto-Lei n.º 101/2006 de 6 de Junho. Cria a Rede Nacional de Cuidados Continuados. *Diário da República, nº 109/06 – I Série A* (3856-3865). Lisboa: Ministérios da Saúde e do Trabalho e da Solidariedade Social.

European Commission. (2015) The 2015 Ageing Report Economic and budgetary projections for the 28 EU Member States (2013-2060). EUROPEAN ECONOMY 3|2015. Disponível em: http://ec.europa.eu/economy_finance/publications/european_economy/2015/pdf/ee3_en.pdf

European Stroke Initiative (EUSI). (2003). Recommendations for Stroke Management – Update 2003. *Cerebrovascular Diseases*. 2003; 16: 311–337. doi: 10.1159/000072554.

European Stroke Organization (ESO) Executive Committee and the ESO Writing Committee. (2008) Guidelines for Management of Ischemic Stroke and Transient Ischaemic Attack. *Cerebrovascular Diseases*. 2008. Basel. Vol. 25: 457-507. <https://doi.org/10.1159/000131083>

Ferreira, R. C., & Neves, R. C. (2016). *Portugal - Doenças cérebro-cardiovasculares em números - 2015*. Programa Nacional para as Doenças Cérebro-Cardiovasculares. Direcção-Geral da Saúde. Disponível em: <https://www.dgs.pt/em-destaque/portugal-doencas-cerebro-cardiovasculares-em-numeros-201511.aspx>

Figueiredo, D. (2007). *Cuidados familiares ao idoso dependente*. Lisboa: Climepsi Editores.

Fontaine, R. (2000). *Psicologia do envelhecimento*. Lisboa: Climepsi Editores.

Instituto Nacional de Estatística (2011). Censos 2011. Recenseamento geral da população e projecções de população 2000-2050. *Destaque do INE*. Disponível em: https://www.ine.pt/ngt_server/attachfileu.jsp?look_parentBoui=65945988&att_display=n&att_download=y

Instituto Nacional de Estatística (2015). Projeções de população residente 2015-2080. *Destaque do INE*. Disponível em: https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaquas&DESTAQUESdest_boui=277695619&DESTAQUESmodo=2&xlang=pt

Instituto Nacional de Estatística (2016). Esperança de vida mais elevada à nascença no Centro e aos 65 anos no Algarve. *Destaque do INE*. Disponível em: https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaquas&DESTAQUESdest_boui=250157580&DESTAQUESmodo=2&xlang=pt

Krause, N. et al. (1995). Social class differences in social support among older adults. *The Gerontologist*, 35, 498-508.

Leite, V., & Faro, A. (2005). O cuidar do enfermeiro especialista em reabilitação físico-motora. *Revista da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo*, vol. 39, nº. 1, 92-96. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342005000100012>

Lima, A. P & Viegas, S. M. (1988). A diversidade cultural do envelhecimento: a construção social da categoria de velhice. *Psicologia: Envelhecimento - Perspectivas Pluridisciplinares*, vol. 6, n.º 2, 49-158.

Martins, T. (2006). *Acidente Vascular Cerebral – Qualidade de vida e bem-estar dos doentes e familiares cuidadores*. Coimbra: Formasau.

Ministério da Segurança Social e do Trabalho (MSST) (2002). *Manual de boas práticas - Prevenção da violência institucional perante as pessoas idosas e em situação de dependência*. Lisboa: Instituto para o Desenvolvimento Social.

Netto, M. P., & Ponte, J. R. (2002). Envelhecimento desafio na transição do século. In Netto, M.P., *Gerontologia - A velhice e o envelhecimento em visão globalizada* (3-12). São Paulo: Atheneu.

Nogueira, P. C. A. (1996). *O idoso: o sentimento de solidão ou o mito do abandono*. Monografia de fim de curso apresentada no Instituto Superior de Psicologia Aplicada. Lisboa.

Nogueira, J., & Gonçalves, J. (2009). Carta social - *A dependência: o apoio informal, a rede de serviços e equipamentos e os cuidados continuados integrados*. Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social. Gabinete de Estratégia e Planeamento (GEP). Lisboa: Editorial do Ministério da Educação.

Organização Mundial da Saúde (2002). *Active ageing - A policy framework - A contribution of the WHO to the Second United Nations World Assembly on Ageing*. Madrid: OMS. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/67215/1/WHO_NMH_NPH_02.8.pdf

Organização Mundial da Saúde (2005). *Prevenção de doenças crónicas: um investimento vital*. Organização Pan-Americana da Saúde: OMS. Disponível em: http://www.who.int/chp/chronic_disease_report/part1_port.pdf?ua=1

Organização Mundial da Saúde (2006). *Manual STEPS de acidentes vascular cerebrais da OMS: enfoque passo a passo para a vigilância de acidentes vasculares cerebrais*. Genebra: OMS. Disponível em: <http://www1.paho.org/hq/dmdocuments/2009/manualpo.pdf>

Organização Mundial da Saúde (2015). *Relatório Mundial de Envelhecimento e Saúde* (2015) Genebra: OMS. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/186463/1/9789240694811_eng.pdf

Paúl, C., & Fonseca, A. M. (2001). *Psicossociologia da saúde*. Lisboa: Climepsi Editores.

Pimentel, L. (2005). *O Lugar do idoso na família*. Coimbra: Quarteto Editora.

Plano de Desenvolvimento da RNCCI 2016-2019. Ministérios da Saúde e do Trabalho, Solidariedade e Segurança Social. Disponível em: <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2016/02/Plano-de-desenvolvimento-da-RNCCI.pdf>

Portaria n.º 67/2016, de 1 de Abril. *Diário da República nº 64/16 - I Série*. Lisboa: Ministérios do Trabalho, Solidariedade e Segurança Social.

Portaria n.º 50/2017, de 2 de Fevereiro. *Diário da República nº 24/17 - I Série*. Lisboa: Ministérios da Saúde e do Trabalho, Solidariedade e Segurança Social.

Sá, M.J. (2009). AVC - Primeira causa de morte em Portugal. *Revista da Faculdade de Ciências da Saúde* (6:12-19). Porto: Edições Universidade Fernando Pessoa.

Sant'Anna, R., Câmara, P., & Braga, M. (2003). Mobilidade na terceira idade: como planejar o futuro? - *Textos sobre envelhecimento*, vol.6.nº. 2. Rio de Janeiro: UNATI.

Sequeira, C. (2010). *Cuidar de idosos com dependência física e mental*. Lisboa: Lidel - Edições Técnicas, Lda.

Squire, A. (2002). *Saúde e bem-estar para pessoas idosas. Fundamentos básicos para a prática*. Loures: Lusociência.

United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division (2015). *World population ageing 2015*. ST/ESA/SER.A/368. Disponível em: http://www.un.org/en/development/desa/population/publications/pdf/ageing/WPA2015_Report.pdf

Vicente, A. (2002). *Os poderes das mulheres. Os poderes dos homens*. Lisboa: Gótica.

OBJECTIVOS DA INVESTIGAÇÃO

Este estudo tem como objectivo caracterizar todos os doentes internados no Serviço de Neurologia do Hospital de Santo António – Centro Hospitalar do Porto (HSA-CHP), entre 2011 e 2015 e que, após episódio de Acidente Vascular Cerebral (AVC) foram referenciados à Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI).

Os dois objectivos específicos desta investigação são:

- (i) conhecer a evolução no padrão de referência, dos doentes com AVC, à RNCCI;
- (ii) identificar os possíveis factores sociais e de saúde determinantes na escolha do destino de alta nos doentes com AVC referenciados à RNCCI.

Figura 5. Esquema Geral do Projecto de Investigação

Consulta dos processos sociais de todos os doentes internados em neurologia por AVC, que foram referenciados à RNCCI:

- Diagnóstico clínico (tipo de AVC);
- Grau de dependência após AVC;
- Caracterização sociodemográfica;
- Caracterização habitacional;
- Destino de alta.



Referenciação à RNCCI:

Ingresso na RNCCI:

- Unid. de Convalescença;
- Unid. de Média Duração e Reabilitação;
- Unid. de Longa Duração e Manutenção;
- Equipa de Cuidados Continuados Integrados.

Outros Destinos/Cancelamentos:

- Domicílio por melhoria do grau de dependência;
- Instituição privada fazer reabilitação;
- Agudização;
- Inexistência de critérios clínicos;
- Demora de vaga na RNCCI;
- Óbito.

ARTIGO

EVOLUÇÃO NO PADRÃO DE REFERENCIAÇÃO DOS DOENTES COM ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL À REDE NACIONAL DE CUIDADOS CONTINUADOS INTEGRADOS

1. Resumo

Introdução: O Acidente Vascular Cerebral (AVC) é uma importante causa de mortalidade, morbilidade, hospitalização e incapacidade permanente, que se traduz em graves consequências na qualidade de vida (QdV) das pessoas afectadas e dos seus familiares e/ou cuidadores informais.

Objectivos: Caracterizar todos os doentes internados, entre 2011 e 2015, no Serviço de Neurologia do Hospital de Santo António – Centro Hospitalar do Porto (HSA-CHP), por episódio de AVC e que foram referenciados para a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI); conhecer a evolução no padrão de referenciação dos doentes à RNCCI; identificar os possíveis factores sociais e de saúde decisivos na escolha do destino de alta.

Material e Métodos: Estudo retrospectivo constituído por todos os doentes internados com diagnóstico de AVC, no Serviço de Neurologia do HSA-CHP, entre Janeiro de 2011 e Dezembro de 2015, e que foram referenciados para a RNCCI. Analisaram-se os processos sociais de 493 doentes obtendo-se informações quanto ao tipo de AVC, grau de dependência aquando da alta hospitalar, destino de alta, caracterização sociodemográfica e habitacional e os indicadores de risco/vulnerabilidade sociais. Compararam-se os dados obtidos relativamente aos doentes que tiveram alta para a RNCCI e os que foram para outros locais. As análises foram efectuadas com o recurso ao SPSS Statistics versão 24.

Resultados: O número de doentes internados em Neurologia com diagnóstico de AVC e referenciados à RNCCI manteve-se constante ao longo dos cinco anos. A amostra é constituída por 493 doentes (53,1% mulheres), com uma idade média de 74,3 anos e a mediana do valor do rendimento ou pensão de 454,50€. A Unidade de Média Duração e Reabilitação foi a que recebeu o maior número de doentes, independentemente do ano. O tempo médio de espera de vaga na RNCCI aumentou de 30,7 dias em 2014 para 43 dias em 2015.

Conclusão: Constata-se que o grau de dependência funcional é o principal determinante na decisão do destino de alta, tendo em conta a maior acessibilidade à prestação de cuidados de saúde (programa de reabilitação). A RNCCI não é em número suficiente, nem em tempo útil para as necessidades, sendo essencial investir-se na criação de mais respostas e na literacia em saúde das pessoas capacitando-as como agentes de mudança.

Palavras-chave: Acidente Vascular Cerebral; Dependência; Envelhecimento; Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados; Suporte Social.

2. Introdução

Nos países desenvolvidos, o Acidente Vascular Cerebral (AVC) representa a primeira causa de morbilidade geradora de dependência. Dados recolhidos pela Rede Médico-Sentinela em 2011 estimaram a taxa de incidência de AVC em 251,6/100.000 utentes/ano, concluindo que em ambos os sexos a taxa de incidência de AVC atingiu o seu valor máximo no grupo etário dos 75 ou mais anos com 1408,5/100.000 utentes/ano do sexo masculino e 1186,0/100.000 do sexo feminino (Ferreira, 2016).

Por forma a evitar a sobrelotação dos hospitais de agudos, foi criada em 2006, pelo Decreto-Lei nº 101/2006 de 6 de Junho, a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI), com o objectivo de ensinar e co-responsabilizar os familiares e/ou cuidadores informais pela prestação dos cuidados, assim como reabilitar o doente para este readquirir as funcionalidades perdidas. Conforme disposto no Decreto-Lei, os cuidados continuados são definidos como “o conjunto de intervenções sequenciais de saúde e/ou de apoio social, decorrente de avaliação conjunta, centrado na recuperação global, entendida como o processo terapêutico e de apoio social, activo e contínuo, que visa promover a autonomia melhorando a funcionalidade da pessoa em situação de dependência, através da sua reabilitação, readaptação e reinserção familiar e social”.

A RNCCI engloba várias vertentes, nomeadamente as unidades de internamento que estão distribuídas por quatro tipologias: (i) unidade de convalescença (UC), (ii) unidade de média duração e reabilitação (UMDR), (iii) unidade de longa duração e manutenção (ULDM) e (iv) unidade de cuidados paliativos (UCP). Cada uma das tipologias de internamento tem diferentes objectivos sendo os critérios de admissão exclusivamente clínicos – “prestação de cuidados de saúde e de apoio social, na sequência de episódios de doença aguda ou da necessidade de prevenção de agravamentos de doença crónica, centrados na reabilitação, readaptação, manutenção e cuidados paliativos a pessoas que se encontram em situação de dependência, com vista à sua reintegração sociofamiliar” (art. 19.º da Portaria n.º 50/2017, de 2 de Fevereiro). Do ponto de vista de gestão hospitalar, a RNCCI facilita o fluxo de doentes dos hospitais de agudos, prevenindo os internamentos prolongados e as suas complicações.

Este estudo de investigação tem por finalidade caracterizar os doentes com diagnóstico de internamento de AVC, entre os anos de 2011 e 2015, situação que geralmente confere grande grau de dependência, sendo o principal motivo pelo qual o Serviço de Neurologia mais referencia à RNCCI. Também se pretende conhecer a evolução no padrão de referenciação à RNCCI, bem como identificar os factores determinantes na escolha do destino de alta nos doentes com AVC.

3. Material e Métodos

O presente estudo é baseado numa coorte retrospectiva constituída por todos os doentes internados por um episódio de AVC, no Serviço de Neurologia do HSA-CHP, entre Janeiro de 2011 e Dezembro de 2015 e que foram referenciados para a RNCCI.

Instrumentos de Recolha de Dados

A caracterização dos participantes foi obtida a partir das informações recolhidas através da consulta dos processos sociais (SAAS – Sistema de Apoio ao Assistente Social). Foi elaborado um formulário de recolha de dados dos processos sociais (Anexo I), obtendo-se informações sobre (i) o diagnóstico clínico (tipo de AVC), (ii) o grau de dependência aquando da alta hospitalar, (iii) o destino de alta (RNCCI ou outro local), (iv) a caracterização sociodemográfica (sexo, idade, estado civil, situação laboral, rendimento/reforma, agregado familiar, suporte informal) e habitacional (tipo de habitação, barreiras) e (v) os indicadores de risco/vulnerabilidade sociais (dimensão pessoal, familiar, económica e de saúde).

Análise Estatística

Entre 2011 e 2015 foram referenciados à RNCCI 555 doentes, dos quais 493 tiveram um internamento em Neurologia com diagnóstico clínico de AVC (Figura 6).

Foi utilizado o teste de Qui-Quadrado para comparar os grupos de acordo com variáveis categóricas. Para comparação destes grupos de acordo com variáveis quantitativas, foi aplicado o teste *t*-Student (comparação de médias) e/ou o teste de Mann-Whitney (comparação de distribuições/medianas).

De modo a identificar os principais factores determinantes na escolha do destino de alta nos doentes com AVC referenciados à RNCCI, foram utilizados modelos de regressão logística, tendo sido calculados os *Odds Ratio* (OR) e respectivos intervalos de confiança a 95% (IC 95%).

Todas as análises foram efectuadas com o recurso ao software SPSS Statistics versão 24. O nível de significância estatística considerado em todas as análises foi de 0,05.

Ética

O estudo foi autorizado pelo Conselho de Administração do HSA-CHP, pela Comissão de Ética para a Saúde e pelo Gabinete Coordenador de Investigação do Departamento de Ensino, Formação e Investigação do CHP, tendo sido autorizada a dispensa do consentimento informado (Anexo II). Toda a recolha de dados foi de natureza anónima e confidencial.

4. Resultados

Dos 493 doentes internados em Neurologia com diagnóstico de AVC e referenciados à RNCCI, 414 (84,0%) tiveram um AVC isquémico e 79 (16,0%) um AVC hemorrágico. Destes doentes, 354 (71,8%) tiveram alta hospitalar para a RNCCI: 196 (39,8%) para uma UMDR, 85 (17,2%) para uma UC, 61 (12,4%) para uma ULDM e 12 (2,4%) para o domicílio com apoio de Equipa de Cuidados Continuados Integrados (ECCI). Os restantes 139 (28,2%) doentes tiveram alta para outros locais, tendo sido o episódio de referenciação à RNCCI cancelado. Destes doentes, 44 (9,0%) regressaram ao domicílio por melhoria do grau de autonomia, 37 (7,5%) foram para instituições privadas fazer reabilitação, 36 (7,3%) faleceram enquanto aguardavam vaga, 11 (2,2%) tiveram alta para o domicílio por demora de resposta de vaga, tendo a família arranjado uma solução de cuidados de saúde alternativa e 11 (2,2%) não cumpriam os critérios clínicos para admissão na RNCCI (Figura 6).

A Tabela 1 apresenta a caracterização sociofamiliar dos doentes referenciados à RNCCI, verificando-se que a amostra era constituída maioritariamente por mulheres (53,1%), a idade média era de 74,3 anos (desvio padrão: 11,1 anos), sendo a maioria casada ou em união de facto (47,7%). A maior parte dos indivíduos encontrava-se na situação de reforma ou de pensionista (83,6%), sendo a mediana do valor do rendimento ou pensão de 454,50€ (intervalo interquartil: 353,50€). Cento e noventa doentes (38,5%) viviam com o cônjuge e 176 (35,7%) sozinhos, verificando-se que a média do número de elementos do agregado familiar, incluindo o próprio doente era de 1,87 pessoas (desvio padrão: 0,83).

O tipo de habitação mais referido foi o apartamento (46,9%) e a casa térrea ou moradia (45,0%), sendo que 44,8% referiu ser alojamento arrendado e 35,8% próprio. Quanto às características da habitação, a maioria possuía quarto de banho com banheira (72,2%) e, nas casas ou moradias, a maioria (49,6%) tinha escadas no interior, enquanto 65,5% dos residentes em apartamento referiu que este tinha elevador. Cerca de metade dos doentes (47,9%) encontrava-se dependente aquando da alta hospitalar.

Caracterizando a população de doentes com critérios para integrar a RNCCI, de acordo com a presença de indicadores de risco/vulnerabilidade social, verificou-se que (i) na dimensão pessoal a “incapacidade de autocuidado” apresentava o maior valor com 472 doentes (95,6%); (ii) na dimensão familiar o indicador mais referido foi a “insegurança quanto aos cuidados no domicílio” tendo sido relatada em 337 doentes (86,0%); (iii) na dimensão económica o valor mais elevado, referente a 269 doentes (54,6%), diz respeito a pensões e a reformas baixas; (iv) e na dimensão da saúde constatou-se que 216 doentes (43,8%) tinham doenças crónicas e 261 (53,0%) dependência funcional.

A análise da evolução no padrão de referenciação dos doentes com AVC à RNCCI, nos cinco anos referidos, está apresentada na Figura 7.

O número de doentes referenciados ao longo do tempo foi mais ou menos constante, sendo de 93 em 2011, 108 em 2012, 100 em 2013, 108 em 2014 e 84 em 2015. A análise estatística confirma que não existem diferenças estatisticamente significativas na proporção de doentes com AVC referenciados à RNCCI ao longo do período analisado ($p = 0,368$).

Considerando a percentagem de doentes referenciados por ano, tendo em conta o número total de doentes internados em Neurologia por AVC, verificaram-se diferenças estatisticamente significativas na proporção de doentes referenciados ao longo do período analisado ($p = 0,041$). A percentagem de doentes referenciados à RNCCI, do total de doentes internados, foi superior no ano de 2012 (15,8%), sendo que a percentagem mais baixa se verificou no ano de 2015 (10,4%).

Caracterizando o destino após a alta hospitalar de acordo com o ano, verificou-se que 2011 apresentou um maior número de doentes com alta para a RNCCI (79,6%), ao invés do ano de 2015 que foi o menor (54,8%). Nos restantes anos também se verifica o ingresso de um número elevado de doentes na RNCCI: 70,4% doentes em 2012, 76,0% em 2013 e 75,9% em 2014. A percentagem de doentes com critérios para a RNCCI mas que acabou por falecer, antes da alta hospitalar, também aumentou, sendo o menor valor (15,4%) em 2014 e o maior em 2015 (34,5%).

A proporção de homens foi semelhante entre os que ingressaram na RNCCI e os que tiveram alta para outros destinos nos anos de 2011 (60,8% vs. 63,2%), 2012 (43,4% vs. 37,5%) e 2015 (45,7% vs. 42,1%). Nos anos de 2013 e 2014, verificou-se uma maior proporção de homens entre os indivíduos com outros destinos em comparação com os que ingressaram na RNCCI (66,7% vs. 40,8% e 50,0% vs. 39,0%, respectivamente).

No ano de 2014, os doentes que tiveram alta para uma unidade da RNCCI eram em média mais velhos do que nos restantes anos (média: 78,7 anos; desvio padrão: 8,3 anos), registando-se em 2011 a média mais baixa de idade (média: 70,3 anos; desvio padrão: 11,8 anos). Quanto aos doentes que não ingressaram na RNCCI, estes eram em média mais novos no ano de 2013 (média: 72,5 anos; desvio padrão: 10,5 anos) e mais velhos no ano de 2012 (média: 75,7 anos; desvio padrão: 13,6 anos).

Relativamente ao grau de dependência aquando da alta para a RNCCI, verificou-se que os doentes considerados “dependentes” eram os que se apresentavam em maior número, sendo que 2011 apresentou o maior valor com 60,8% e em 2013 o menor com 52,6%. Por outro lado, entre os doentes com alta para outros destinos, as categorias “autónomos” e “semi-dependentes” foram as mais frequentes. Nos anos de 2012, 2013 e 2015, a proporção de “totalmente dependentes” foi mais elevada (37,5%, 45,8% e 34,2%, respectivamente).

Considerando a subamostra dos doentes que ingressaram na RNCCI, verificou-se que a percentagem de doentes a serem admitidos numa UC diminuiu ao longo do tempo, passando de 28,4% em 2011 para 13,0% em 2015. Por sua vez, observou-se um aumento de doentes admitidos em ULDM: em 2011 era de 8,1%, em 2014 de 24,4% e em 2015 de 30,4%. Só nos anos de 2011 (2,7%), 2012 (2,6%) e 2013 (10,5%) é que houve doentes admitidos em ECCI. A UMDR foi a que recebeu o maior número de doentes, independentemente do ano – verificou-se em 2011 o maior valor (60,8%) e em 2013 o menor (48,7%).

Tendo em conta o tempo de espera dos doentes para ingresso numa Unidade da RNCCI, constata-se que os anos de 2014 (média: 30,7 dias; desvio padrão: 15,6 dias) e de 2015 (média: 43 dias; desvio padrão: 21,2 dias) foram os que apresentaram uma maior média de número de dias, sendo a menor em 2012 (média: 18,8 dias; desvio padrão: 9,8 dias). Quanto aos doentes que tiveram alta para outros destinos, a maior média de número de dias de internamento foi observada em 2014 (média: 32,0 dias; desvio padrão: 29,2 dias) e em 2015 (média: 25,5 dias; desvio padrão: 19,9 dias).

Na Tabela 2 apresentamos a caracterização dos doentes tendo em conta o destino de alta hospitalar – RNCCI ou outro local.

Dos 354 doentes (71,8%) que tiveram alta para uma Unidade da RNCCI, verifica-se que a maioria era do sexo feminino (54,2%), casada ou em união de facto (46,9%), com uma idade média de 74,4 anos (desvio padrão: 11,1 anos), e encontrava-se em situação de reforma ou de pensionista (83,1%) com uma mediana de rendimento de 451,00€/mês (intervalo interquartil: 327,80€). Quanto aos doentes, referenciados à RNCCI mas que tiveram alta para outros locais, verifica-se que a razão entre homens e mulheres é muito próxima de 1 e a média de idades é de 74,2 anos (desvio padrão: 11,2). Em comparação com os que ingressaram na RNCCI, continuam a ser em maior número casados (49,6%) e reformados ou pensionistas (84,9%), com uma mediana de rendimento de 479,70€/mês (intervalo interquartil: 338,00€). Não se encontraram diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos relativamente ao sexo (feminino vs. masculino: OR=1,17, IC95%: 0,79-1,73) e idade (por cada acréscimo de um ano: OR=1,00, IC95%: 0,98-1,02). Considerando a variável “estado civil” e assumindo como categoria de referência “casado/união de facto”, verificou-se que as restantes categorias apresentavam maior probabilidade de ingresso na RNCCI (OR=1,12, IC95%: 0,56-2,24 para “solteiro; OR=1,45, IC95%: 0,63-3,35 para o “divorciado/separado”; OR=1,06, IC95%: 0,69-1,64 para o “viúvo”), embora estas diferenças não sejam estatisticamente significativas.

No que diz respeito à variável “fonte de rendimento”, verificou-se que os doentes com “subsídio por doença” (OR=1,40, IC95%: 0,29-6,81), “rendimento social de inserção” (OR=1,99, IC95%: 0,43-9,22) e “sem rendimentos” (OR=2,65, IC95%: 0,77-9,09), apresentavam maior probabilidade de ter alta para uma Unidade da RNCCI. Por outro lado, os doentes cujo rendimento vinha do “trabalho” (OR=0,40, IC95%: 0,15-1,03) ou os doentes que auferiam “subsídio de desemprego” (OR=0,80, IC95%: 0,14-4,40) apresentavam menor probabilidade de ingresso na RNCCI, relativamente ao valor de referência dos “pensionistas/reformados”. Relativamente à variável “rendimento”, constatou-se que os doentes que auferiam rendimentos inferiores apresentavam maior probabilidade de ter alta para a RNCCI, sendo estes os “sem rendimentos” (OR=2,41, IC95%: 0,68-8,54) e os “90€-200€” (OR=1,54, IC95%: 0,49-4,84). O oposto verificou-se nos doentes com rendimentos mais elevados, sendo que quanto maior for o valor auferido menor a probabilidade de ingresso na RNCCI, relativamente ao valor de referência de 201€-419€, sendo estes os escalões: “≥900€” (OR=0,72, IC95%: 0,36-1,45), “506€-750€” (OR=0,79, IC95%: 0,44-1,41), “751€-900€” (OR=0,80, IC95%: 0,34-1,91) e “420€-505€” (OR=0,81, IC95%: 0,45-1,48). No entanto, estas diferenças tanto na fonte como no valor do rendimento não foram estatisticamente significativas.

Analisando o agregado familiar, verificou-se que a maioria dos doentes que ingressou na RNCCI vivia sozinho (37,0%) ou com o cônjuge (36,2%). Apesar de se verificar o mesmo padrão nos doentes que não ingressaram na RNCCI, observa-se um valor mais elevado naqueles que residem com o cônjuge (44,6%) e menor nos que vivem sozinhos (32,4%). Verificou-se que os doentes que residem com o “cônjuge” (OR=0,71, IC95%: 0,45-1,12) ou com “outros familiares ou amigos” (OR=0,91, IC95%: 0,49-1,69) apresentam menor probabilidade de ter alta para a RNCCI comparativamente aos que residem sozinhos, ao invés dos agregados compostos pelo “indivíduo e por filho(a)” (OR=1,26, IC95%: 0,48-3,30) e pelo “indivíduo, o cônjuge e filho(a)” (OR=1,15, IC95%: 0,43-3,03) que apresentavam maior probabilidade de ingresso na RNCCI. No entanto, estas diferenças não eram estatisticamente significativas.

Quanto à habitação, verificou-se que grande parte dos doentes que ingressaram na RNCCI residia em casa térrea ou moradia (45,8%), seguido dos que moravam em apartamento (44,6%), sendo que para 48,4% era em regime de arrendamento, seguido de 31,9% de habitações próprias. Dos doentes que tiveram alta para outro local que não a RNCCI, 52,5% viviam em apartamentos e 43,2% em casas térreas, mantendo-se 45,7% a viver em casas próprias e 35,5% em habitações arrendadas. Apesar da probabilidade de ingressar numa unidade da RNCCI ser maior para todos os tipos de habitação quando comparados com o apartamento e ser menor para todos os tipos de situação habitacional quando comparados com a habitação arrendada, as diferenças encontradas não eram estatisticamente significativas; excepto a habitação própria com menor probabilidade de ingresso na RNCCI (OR=0,51, IC95%: 0,33-0,80).

Quanto às características da habitação não se verificam diferenças estatisticamente significativas nas condições das casas dos doentes que ingressaram ou não na RNCCI: 72,6% contra 71,0%, respectivamente, tinham quarto de banho com banheira; 48,3% vs. 53,2% das casas ou moradias tinha escadas no interior e 68,6% e 58,9% dos doentes residiam em apartamento com elevador.

Dos 414 doentes que tiveram um AVC isquémico, 295 (71,3%) ingressaram na RNCCI e 119 (28,7%) tiveram alta para outros destinos. Nos 79 doentes que tiveram um AVC hemorrágico verificou-se que 59 (74,7%) ingressaram na RNCCI e 20 (25,3%) não o fizeram, pelo que o tipo de AVC não se associou ao ingresso na RNCCI (OR=1,19, IC95%: 0,69-2,06).

A percentagem de doentes com ingresso na RNCCI aumenta quanto maior for o grau de dependência, verificando-se 199 (56,2%) doentes dependentes e 92 (26,0%) semi-dependentes, constatando-se o mesmo para os que tiveram alta para outros destinos, correspondendo 53 (38,1%) doentes semi-dependentes e 47 (33,8%) totalmente dependentes. Considerando a categoria “dependente” como referência, as restantes apresentaram menor probabilidade de ingresso na RNCCI (OR=0,01, IC95%: 0,00-0,04 para “autónomo”; OR=0,17, IC95%: 0,10-0,31 para “semi-dependente” e OR=0,13, IC95%: 0,07-0,24 para “totalmente dependente”).

Analisando a variável dos indicadores de risco/vulnerabilidade social constatou-se que na dimensão pessoal, a “incapacidade de autocuidado” foi referida em maior número por 341 (96,3%) dos doentes que tiveram alta para a RNCCI. Na dimensão familiar verificou-se que, tanto os doentes que foram para uma Unidade da RNCCI como os que foram para outros locais aquando da alta hospitalar, a maioria disse estar “inseguro quanto aos cuidados a serem prestados no domicílio” sendo o valor de 171 (49,71%) doentes e 68 (54,40%) doentes, respectivamente. Na dimensão económica o valor mais elevado, em ambos os destinos de alta, é referente a doentes que auferem de pensões e reformas baixas sendo este relativo a 197 (55,6%) doentes que foram para a RNCCI e a 72 (51,8%) doentes que tiveram alta para outros destinos. Na dimensão da saúde os maiores valores distribuem-se nos doentes que foram para a RNCCI e dos que não foram, em 189 (53,4%) doentes vs. 72 (51,8%) com dependência funcional e em 153 (43,2%) doentes vs. 63 (45,3%) doentes com doenças crónicas. Nenhum dos indicadores analisados se associou de forma estatisticamente significativa com o ingresso na RNCCI.

5. Discussão

O presente estudo teve como objectivo caracterizar os doentes internados no Serviço de Neurologia do HSA-CHP por episódio de AVC e que foram referenciados para a RNCCI. Entre os anos de 2011 e 2015 estiveram internados 3768 doentes, com diagnóstico de AVC, tendo sido referenciados à RNCCI 493 doentes (13,1%). Dados da Direcção-Geral da Saúde (DGS, 2015) confirmam o AVC como sendo uma das principais causas de grave deficiência e morte na UE, incluindo Portugal.

A RNCCI foi concebida para dar continuidade e complementar os cuidados de saúde prestados pelos hospitais de agudos, de forma a dar resposta à crescente necessidade que se tem vindo a verificar dos doentes com patologias agudas e crónicas, sendo esta traduzida pelo aumento de pessoas idosas nas quais se verificam estas doenças em maior número. Tem por missão prestar os cuidados adequados, de saúde e apoio social, a todas as pessoas que, independentemente da idade, se encontrem em situação de dependência, em processo de doença crónica ou na sequência de doença aguda, em fase avançada ou terminal. Os critérios gerais de admissão passam pela necessidade da prestação ou ensino dos seguintes cuidados: alimentação entérica, tratamento de úlceras de pressão e ou feridas, manutenção e tratamento de estomas, terapêutica parentérica, medidas de suporte respiratório designadamente a oxigenoterapia ou a ventilação assistida e ajuste terapêutico e ou de administração de terapêutica, com supervisão continuada. Segundo o Relatório de Monitorização do Desenvolvimento e da Actividade da RNCCI 2015, os dois principais motivos de referência às Unidades da RNCCI são o “ensino utente/cuidador informal” com 91% e a “dependência nas AVD” com 88%. Para as ECCI já se verificam que 34% dos doentes são referenciados por motivo de “feridas/úlceras de pressão” e 13% por “úlceras de pressão múltiplas”.

Entre 2011 e 2015, estiveram internados no Serviço de Neurologia do HSA-CHP, por AVC, 2043 homens (média: 409 doentes/ano) e 1725 mulheres (média: 345 doentes/ano), com uma idade média de 70,8 anos. Do total de 493 doentes com AVC referenciados à RNCCI, 414 (84,0%) tiveram um AVC isquémico e 79 (16,0%) um AVC hemorrágico. Os dados obtidos relativos à ocorrência do tipo de AVC estão consonantes com o enquadramento teórico e bibliografia consultada, que mostra que o AVC isquémico tem uma evidente predominância sobre o AVC hemorrágico. Segundo fonte da EUSI de 2003, o AVC isquémico representava 80% e o AVC hemorrágico 20%. Segundo Caplan (2007), os principais tipos de AVC têm uma distribuição de 85% para o AVC isquémico e 15% para o AVC hemorrágico.

Restringindo a análise a doentes com a mesma patologia, é possível minimizar alguns vieses nos resultados por se constituir um grupo mais homogéneo de análise.

A descrição dos doentes referenciados à RNCCI passou pela (i) indicação do grau de dependência, (ii) caracterização do suporte familiar e social e (iii) qual o destino após a alta hospitalar. Também se pretendeu conhecer a evolução no padrão de referenciação dos doentes à RNCCI durante o período em análise e identificar os possíveis factores sociais e de saúde decisivos na escolha do destino de alta, avaliando-se, assim, o impacto social das consequências da doença através da análise dos efeitos nos seus sistemas de suporte social, seja ao nível do indivíduo, da família e da comunidade.

A amostra foi constituída por 493 doentes, maioritariamente por mulheres (53,1%), com uma idade média de 74,3 anos e a mediana do valor do rendimento ou pensão de 454,50€. Existem autores que defendem que o risco de incidência de AVC aumenta com a idade. Segundo dados da DGS (Circular Normativa nº 13 de 2004), em Portugal, de 3% aos 65 anos passa para 30% a partir dos 85 anos. Dados relatados no Relatório de Monitorização do Desenvolvimento e da Actividade da RNCCI 2015 referem que a população com idade superior a 65 anos representa 84,5% do total, crescendo em relação aos últimos anos, assim como que a população presente é em maior número do género feminino com o valor de 55,7% do total de utentes. Segundo a Revista de Estudos Demográficos (2002), o envelhecimento nas mulheres está relacionado um maior número de incapacidades apesar destas viverem mais anos quando comparadas com os homens.

Quando se analisou a variável relativa à situação profissional constatou-se que a maioria dos doentes (n=412; 83,6%) encontrava-se na situação de “reformado/pensionista”, não se tendo obtido diferenças estatisticamente significativas, pelo que esta variável não mostra qualquer relação com a incapacidade funcional dos doentes. Tendo em conta a análise do rendimento verificou-se que a maioria dos doentes auferia mensalmente de um valor baixo, verificando-se que 35,7% (n=158) dispõe de uma quantia entre 201€-419€. A baixa situação económica em que os doentes se encontram pode muitas vezes impedir os mesmos no acesso aos cuidados de saúde, nomeadamente ao que diz respeito à compra da medicação ou de ajudas técnicas. Por outro lado, os baixos rendimentos podem estar interligados a baixo nível de escolaridade, o que pode dificultar a consciencialização das pessoas para as necessidades de cuidados com a saúde, adesão ao tratamento e manutenção de estilo de vida saudável que limite a acção de indicadores de risco (Revista de Estudos Demográficos, 2002).

Sendo os critérios de admissão na RNCCI exclusivamente a prestação de cuidados de saúde, constata-se, sem qualquer dúvida, que a um grau de dependência mais elevado se vai pressupor uma maior necessidade de referenciação. O grau de dependência foi a única variável que se revelou associada com o ingresso na RNCCI.

Pela amostra verifica-se que os doentes com AVC considerados “dependentes” e que beneficiavam de um plano de reabilitação foram os que em maior número ingressaram na RNCCI, sendo o maior valor com 60,8% em 2011 e o menor com 52,6% em 2013. Nos doentes com alta para outros destinos, como seria de esperar, as categorias mais frequentes foram as referentes aos “autónomos” e aos “semi-dependentes”.

Segundo o Plano de Desenvolvimento da RNCCI 2016-2019, de acordo com os dados fornecidos pela Administração Central do Sistema de Saúde relativos a Novembro de 2015, a RNCCI apresentou um crescimento de 8,4%, relativamente a 2014, que se traduziu no aumento do número de camas nas diferentes tipologias, passando a ser 7759 camas em funcionamento em Dezembro de 2015: 157 UC, 610 UMDR, 1360 ULDM, 41 UCP. Houve o encerramento de algumas UC no Norte (representado um decréscimo de 47,1%), que dá uma diminuição nacional de camas desta tipologia de 11,2%. Ao mesmo tempo verificou-se um decréscimo de 10,2% de referenciações para esta tipologia. No que diz respeito ao número de locais com ECCI houve redução em algumas Administração Regional de Saúde (ARS), passando de 1690 em 2014 para 1673 em 2015 (diminuição de 2% na zona Norte).

Considerando a subamostra dos doentes que ingressaram na RNCCI, verificou-se que a percentagem de doentes com alta para uma UC (internamento \leq a 30 dias) diminuiu, passando de 28,4% em 2011 para 13,0% em 2015. Este facto não tem a ver com a eventual redução do número de camas nesta tipologia, mas com o grau de dependência provocado pelo AVC, que faz com que o doente tenha necessidade de um maior número de dias de internamento na rede para fazer reabilitação, o que vai fazer com que tenha critérios para uma outra tipologia (ex.: UMDR cujo internamento é \geq a 90 dias). Observou-se também um aumento de doentes admitidos em ULDM: em 2011 era de 8,1%, em 2014 de 24,4% e em 2015 de 30,4%, o que mais uma vez tem a ver com os cuidados de saúde a serem prestados a doentes com um maior grau de dependência. Os anos de 2014 e 2015 não tiveram doentes referenciados para ECCI, sendo que as possíveis razões poderão ser a inexistência de cuidador informal (critério de exclusão para esta tipologia) ou então os cuidados de saúde que o doente necessitava não serem passíveis de serem prestados no domicílio. Foi no ano de 2015 que se verificou uma maior percentagem de altas para “outros locais”, constatando-se que houve um maior número de doentes que faleceram (n=13; 34,2%), assim como um maior número de doentes (n=16; 42,1%) cujo grau de incapacidade era “semi-dependente” (alta para o domicílio). A UMDR foi a que recebeu o maior número de doentes, independentemente do ano – verificou-se em 2011 o maior valor (60,8%) e em 2013 o menor (48,7%). De acordo com dados do Relatório de Monitorização do Desenvolvimento e da Actividade da RNCCI 2015, a nível nacional as camas de UMDR cresceram 14,1%, e cerca de 57% das camas da RNCCI são de ULDM.

O Relatório referido anteriormente mostra que os hospitais abrangidos pela ARS Norte, cujos doentes têm idades compreendidas entre os 65 e 79 anos, apresentam uma média de internamento hospitalar de 12,19 dias para os homens e de 12,42 dias para as mulheres. No Serviço de Neurologia do HSA-CHP, em média, o tempo de internamento é de 15,6 dias, tendo-se verificado o menor valor relativo a 14 dias em 2011 e o maior respeitante a 18 dias em 2015. Ao comparar-se os doentes que foram para uma Unidade da RNCCI, com os que foram referenciados, mas que acabaram por ter alta para outros destinos, constatou-se que o tempo médio de internamento hospitalar dos doentes que ingressaram na RNCCI é superior (em 2014 a média foi de 30,7 dias e em 2015 a média foi de 43 dias) ao dos doentes que tiveram alta para outros destinos (a maior média de número de dias de internamento foi de 32,0 dias em 2014 e de 25,5 dias em 2015). O número de dias de internamento foi contabilizado a partir do dia em que se referenciou o doente à Equipa de Gestão de Altas até ao dia de alta hospitalar para outros locais ou ingresso na RNCCI. O aumento do número de dias de internamento hospitalar por falta de vaga atempada na RNCCI mostra a incapacidade de resposta às necessidades actuais dos doentes, o que faz emergir algumas inquietações uma vez que não se prevê o aumento do número de camas disponíveis ou a construção de novas Unidades.

Relativamente aos “protelamentos de alta” (se assim se pode dizer), faz-se referência para duas das situações que mais se verificam e que poderão contribuir para estes números:

- doentes sem alta clínica, dizem respeito aos doentes que acabaram por falecer e aos que agudizaram (estes perdem a vaga na Rede e tem de se reiniciar o processo), e que estavam a aguardar vaga na Rede (podendo ou não ter alta hospitalar aquando da vaga);
- doentes com alta clínica, estão apenas a aguardar admissão numa das Unidades sendo que a demora de resposta de alta pode dever-se a eventual atraso na referência dos doentes à RNCCI e/ou à falta de vaga nas respectivas Unidades.

Analisando-se apenas os doentes que tiveram alta para “outros locais”, tendo-se solicitado posteriormente o cancelamento do episódio de referência à RNCCI verifica-se que:

- 44 (9,0%) doentes não ingressaram na RNCCI, pois enquanto aguardavam resposta de vaga acabaram por recuperar do seu grau de incapacidade podendo ter ficado autónomos, ter voltado ao seu estado basal ou apenas a necessitar de pequena ajuda (ex.: apoio de canadiana, terceira pessoa) nas AVD, por forma a poderem regressar ao seu domicílio e eventualmente fazer fisioterapia (se necessário) em regime de ambulatório;
- 37 (7,5%) doentes, após referência à RNCCI e com critérios de admissão, devido ao elevado tempo de resposta de vaga acabaram por ter alta para instituições privadas fazer reabilitação; normalmente são doentes que estão abrangidos por seguros de saúde ou por subsistemas de saúde (públicos ou privados);

- 36 (7,3%) doentes acabaram por falecer, na maior parte das situações devido a complicações infecciosas;

- 11 (2,2%) doentes tiveram alta por demora de resposta de vaga, tendo o próprio doente e/ou familiar arranjado uma resposta alternativa, seja a contratação de um fisioterapeuta ao domicílio ou a integração do doente em lar para ter apoio/vigilância 24 horas;

- 11 (2,2%) doentes foram referenciados mas não tiveram critérios de admissão, segundo parecer da Equipa Coordenadora Local, seja porque os cuidados de saúde eram passíveis de serem prestados pelos centros de saúde ou porque o doente não estava cognitivamente capaz de colaborar num plano de reabilitação.

A última variável analisada foi a dos “indicadores de risco/vulnerabilidade social” tendo-se constatado que nenhum está estatisticamente associado ao ingresso do doente na RNCCI. Estes dados podem ser corroborados com os descritos no Relatório de Monitorização do Desenvolvimento e da Actividade da RNCCI 2015 em que, pós-alta da RNCCI a nível nacional, 75% dos doentes foram para o domicílio e apenas 10% para respostas sociais (ex.: lares).

Apesar de não haver estudos internacionais com uma metodologia semelhante à utilizada neste trabalho, alguns foram realizados com o objectivo de mostrar a importância precoce da realização de fisioterapia por parte dos doentes acometidos por um AVC. O estudo de Tyendin et al. (2010) concluiu que um programa de reabilitação activa com ênfase na mobilização pode ter benefícios físicos e psicológicos que melhoram a QdV do doente. Um outro estudo realizado por Wang et al. (2013) demonstrou que existe uma relação significativa entre a duração da terapia diária e o ganho funcional. Os autores Bai et al. (2012) concluíram que a reabilitação quanto mais cedo iniciada melhora significativamente a autonomia nas AVD e a função motora dos doentes. Da mesma opinião são os autores Matsui et al. (2010) que referem que o começo da reabilitação durante as primeiras 24h após AVC está grandemente associada a um menor grau de dependência no momento da alta. O estudo realizado por Huang et al. (2009) também observou que a mobilização precoce está claramente associada a uma melhoria nas AVD no primeiro mês de enfarte, aos 3 meses, aos 6 meses e até mesmo ao final de um ano pós AVC.

Com os estudos referidos anteriormente, conclui-se que quanto mais cedo o doente ingressar na RNCCI mais rápido começa um programa de reabilitação, que vai proporcionar ganhos efectivos na qualidade de vida do doente, tanto a nível nas suas funções motoras (ex.: marcha, fala, compreensão), como na autonomia das AVD.

Algumas das limitações que se podem referir relativamente a este estudo:

- visto ser de tipo de coorte retrospectivo, não há seguimento após a alta dos doentes da RNCCI, o que faz com que não haja avaliação ou verificação dos cuidados/tratamentos efectuados na RNCCI por forma a avaliar-se a evolução ou não do grau de autonomia do doente, assim como saber qual o destino de alta após a Unidade;
- quanto aos doentes que aquando da alta hospitalar foram para outros locais, que não a RNCCI, também seria interessante saber se os cuidados de saúde e de apoio social que lhes foram assegurados, caso tenham sido necessários, tiveram efeitos positivos na melhoria da QdV;
- não se recolheu informação durante o internamento do doente, sobre as visitas realizadas pela família e pelos amigos e periodicidade das mesmas, com as quais se podia obter informações sobre possíveis factores protectores para a funcionalidade e bem-estar dos doentes;
- não foram avaliadas, durante o internamento, as AVD onde os doentes teriam maiores níveis de incapacidade (ex.: higiene pessoal, utilização do WC, mobilidade, subir e descer escadas e vestir).;
- só foi avaliada a incapacidade do doente no momento da alta e não no momento da admissão hospitalar;
- só avalia os doentes de um único hospital, pelo que os resultados poderão não ser representativos;

No entanto, este estudo apresenta dados de uma série de cinco anos, tendo sido possível obter uma extensa caracterização sociofamiliar, com avaliação dos principais indicadores de risco/vulnerabilidade social, que podem ser entraves a uma reabilitação bem sucedida por parte dos doentes com AVC. Através deste estudo foi possível analisar o percurso dos doentes após a referenciação à RNCCI, explorando os motivos pelos quais uma proporção significativa dos doentes acaba por não seguir este destino após a alta hospitalar. De entre aqueles que efectivamente ingressaram na RNCCI, foi também possível identificar a tipologia das Unidades com um maior número de doentes após um AVC.

Por meio deste estudo foi também possível descrever as características sociodemográficas e o grau de incapacidade dos doentes internados, entre 2011 e 2015, por AVC no Serviço de Neurologia do HSA-CHP e que foram referenciados à RNCCI, tendo-se concluído que o único factor estatisticamente significativo para o ingresso dos doentes na RNCCI foi o “grau de dependência”. Constatou-se que ao longo dos referidos anos, a tipologia da RNCCI com maior número de ingresso de doentes foi a UMDR e a alta dada para “outros locais” tem um valor mais alto nos doentes que regressaram ao domicílio.

O presente trabalho mostra que quanto maior for o grau de autonomia do doente, após o evento de AVC (depende da sua extensão e da zona cerebral afectada), menor vai ser a necessidade deste ser referenciado para a RNCCI. Verifica-se assim, que se o doente recuperar do seu grau de incapacidade (por recuperação espontânea, restituição ou compensação da função perdida) que este irá ter alta para o domicílio, o que vai fazer com que o tempo de internamento hospitalar seja menor, bem como com que existam mais vagas nas Unidades da RNCCI para assegurar cuidados continuados a doentes com uma maior necessidade clínica e social.

Espera-se, com este estudo, acrescentar um conjunto de conhecimentos e mais valias para continuar a ser explorado e, por outro lado, alertar os profissionais de saúde e a população para a problemática do AVC, de forma a contribuir para a prevenção e melhoria da qualidade dos cuidados de saúde prestados aos cidadãos.

6. Referências Bibliográficas

Administração Central do Sistema de Saúde, IP. (Março de 2016). *Relatório de Monitorização da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados 2015*. Departamento de Gestão da Rede de Serviço e Recursos em Saúde. Disponível em: <http://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2016/11/Relatorio-de-monitorizacao-anual-de-2015.pdf>

Bai, Y. et al. (2012). A prospective, randomized, single-blinded trial on the effect of early rehabilitation on daily activities and motor function of patients with hemorrhagic stroke. *Journal of Clinical Neuroscience*. Outubro 2012. Vol. 19. Issue 10. (1376-9). Acedido em 27/6/2017, em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0967586812001208?via%3Dihub>

Caplan, Louis R. (2007). Overview of the evaluation of stroke. *Universitätsmedizin Mainz*. 2011. Acedido em 27/6/2017, em: <https://www.uptodate.com/contents/overview-of-the-evaluation-of-stroke>

Circular Normativa nº 13/DGCG de 2 de Julho de 2004. *Programa nacional para a saúde das pessoas idosas*. Ministério da Saúde. Disponível em: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/circular-normativa-n-13dgcg-de-02072004.aspx>

Decreto-Lei n.º 101/2006, de 6 de Junho. Cria a Rede Nacional de Cuidados Continuados. Diário da República, nº 109/06 – I Série A (3856-3865). Lisboa: Ministérios da Saúde e do Trabalho e da Solidariedade Social.

European Stroke Initiative (EUSI). (2003). Recommendations for Stroke Management – Update 2003. *Cerebrovascular Diseases* 2003; 16: 311–337. <https://doi.org/10.1159/000072554>

Ferreira, R. C., & Neves, R. C. (2016). *Portugal - Doenças cérebro-cardiovasculares em números - 2015*. Programa Nacional para as Doenças Cérebro-Cardiovasculares. Direcção-Geral da Saúde. Disponível em: <https://www.dgs.pt/em-destaque/portugal-doencas-cerebro-cardiovasculares-em-numeros-201511.aspx>

Huang, H. C., et al. (2009). The impact of timing and dose of rehabilitation delivery on functional recovery of stroke patients. *Journal of Clinical Neuroscience*. Maio 2009. Vol. 72. Issue 5. (257-264). Acedido em 27/6/2017, em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19467949>

Instituto Nacional de Estatística (2002). O Envelhecimento em Portugal: Situação demográfica e socio-económica recente das pessoas idosas. Departamento de Estatísticas Censitárias e de População do INE. Revista de Estudos Demográficos - 2.º Semestre de 2002. (185–208). Disponível em:

http://censos.ine.pt/xportal/xmain?xpid=CENSOS&xpgid=ine_censos_estudo_det&menuBOUI=13707294&contexto=es&ESTUDOSest_boui=106370&ESTUDOSmodo=2&selTab=tab1

Matsui, H., et al. (2010). An exploration of the association between very early rehabilitation and outcome for the patients with acute ischaemic stroke in Japan: a nationwide retrospective cohort survey. *BMC Health Services Research*. Julho 2010; 10:213. <http://dx.doi.org/10.1186/1472-6963-10-213>

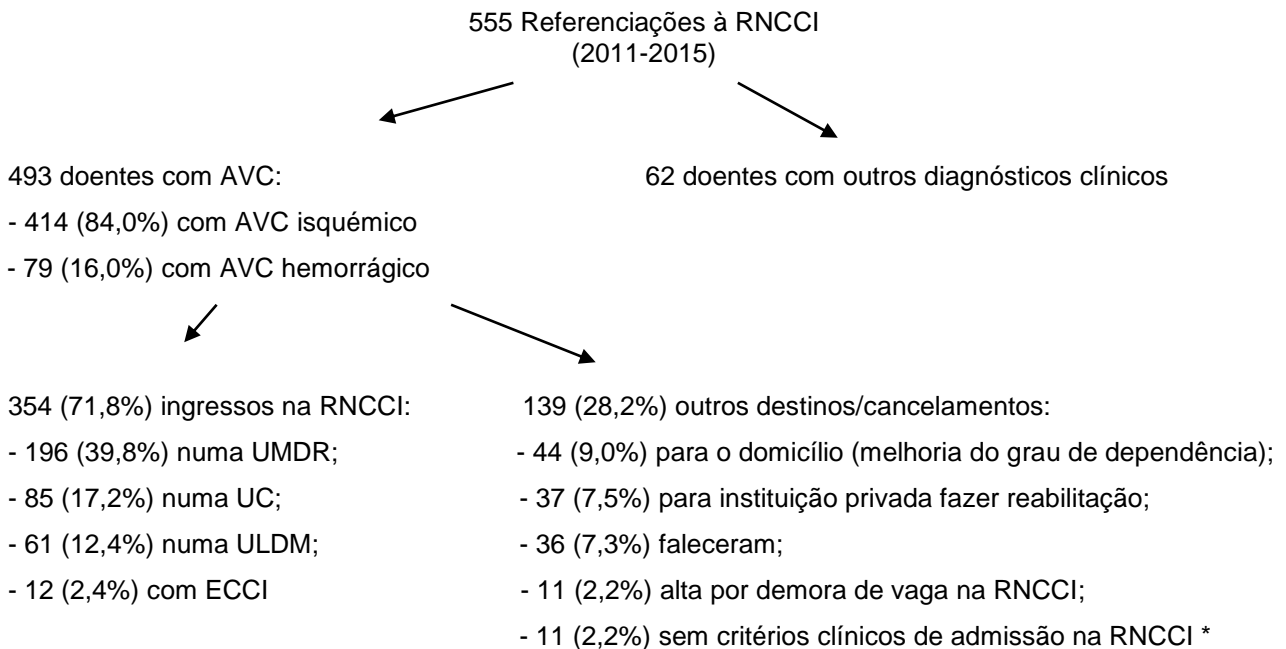
Plano de Desenvolvimento da RNCCI 2016-2019. Ministérios da Saúde e do Trabalho, Solidariedade e Segurança Social. Disponível em: <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2016/02/Plano-de-desenvolvimento-da-RNCCI.pdf>

Portaria n.º 50/2017, de 2 de Fevereiro. *Diário da República nº 24/17 - I Série*. Lisboa: Ministérios da Saúde e do Trabalho, Solidariedade e Segurança Social.

Tyendin, K., et al. (2010). Quality of life: An important outcome measure in a trial of very early mobilisation after stroke. *Disability and Rehabilitation*; 32 (11): (875–884). Acedido em 27/6/2017, em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19852710>

Wang, H., et al. (2013). Daily treatment time and functional gains of stroke patients during inpatient rehabilitation. *PubMed & R*. Fevereiro 2013. Vol. 5, Issue 2. (122-12). Acedido em 27/6/2017, em: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1934148212004066?via%3Dihubb>

Figura 6. Doentes com diagnóstico de Acidente Vascular Cerebral (AVC) referenciados à Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) entre 2011 e 2015



* Validação efectuada pela ECL

Legenda:

ECCI - Equipa de Cuidados Continuados Integrados

ECL - Equipa Coordenadora Local

UC - Unidade de Convalescença

ULDM - Unidade de Longa Duração e Manutenção

UMDR - Unidade de Média Duração e Reabilitação

Tabela 1. Caracterização sociofamiliar dos doentes referenciados à Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) (n=493).

	Caracterização sociofamiliar dos doentes referenciados à RNCCI
	n (%)
Sexo	
Masculino	231 (46,9)
Feminino	262 (53,1)
Idade	
Média (desvio padrão)	74,3 (11,1)
Estado civil	
Solteiro(a)	48 (9,7)
Casado(a)/União de facto	235 (47,7)
Divorciado(a)/Separado(a)	36 (7,3)
Viúvo(a)	174 (35,3)
Situação laboral	
Baixa por doença longa duração	9 (1,8)
Doméstica	28 (5,7)
Desempregado(a) com subsídio	6 (1,2)
Desempregado(a) sem subsídio	11 (2,2)
Reformado(a)/Pensionista	412 (83,6)
Sem ocupação	9 (1,8)
Empregado(a)	18 (3,7)
Fonte de rendimento	
Trabalho	18 (3,7)
Subsídio de desemprego	6 (1,2)
Subsídio por doença	9 (1,8)
Rendimento Social de Inserção (RSI)	12 (2,4)
Pensão/Reforma	425 (86,2)
Sem rendimentos	23 (4,7)
Rendimento	
Sem rendimentos	23 (5,2)
90€ - 200€	21 (4,7)
201€ - 419€	158 (35,7)
420€ - 505€	78 (17,6)
506€ - 750€	86 (19,4)
751€ - 900€	29 (6,5)
≥ 900€	48 (10,8)
Mediana (intervalo interquartil)	454,5 (353,5)
Agregado familiar	
Unipessoal (doente)	176 (35,7)
Cônjuge	190 (38,5)
Filho(a)	28 (5,7)
Outro familiar ou amigo(a)	13 (2,6)
Cônjuge e Filho(a)	25 (5,1)
Dois familiares	33 (6,7)
Três familiares	28 (5,7)
Nº de elementos do agregado familiar	
Média (desvio padrão)	1,87 (0,83)

Tabela 1 (continuação). Caracterização sociofamiliar dos doentes referenciados à Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) (n=493).

	Caracterização sociofamiliar dos doentes referenciados à RNCCI
	n (%)
Tipo de habitação	
Casa térrea	222 (45,0)
Apartamento	231 (46,9)
Ilha	21 (4,3)
Quarto/pensão	15 (3,0)
Sem abrigo	4 (0,8)
Situação habitacional	
Própria	175 (35,8)
Familiares	33 (6,7)
Habitação social	62 (12,7)
Arrendada	219 (44,8)
WC	
Com banheira	353 (72,2)
Sem banheira	129 (26,4)
Não tem	7 (1,4)
Casa/Moradia com escadas	
No interior	177 (49,6)
No exterior	167 (46,8)
No interior e exterior	13 (3,6)
Apartamento com elevador	
Não	80 (34,5)
Sim	152 (65,5)
Grau de Dependência na alta Hospitalar	
Autónomo	20 (4,4)
Semi-dependente	145 (31,7)
Dependente	219 (47,9)
Totalmente dependente	73 (16,0)
Indicadores de Risco/Vulnerabilidade social *	
<u>Dimensão pessoal</u>	
Incapacidade de autocuidado	472 (95,8)
Outras	21 (4,2)
<u>Dimensão familiar</u>	
Insegurança quanto aos cuidados no domicílio	337 (68,0)
Agregado familiar constituído por idosos	54 (11,0)
Inexistência de retaguarda familiar	37 (7,6)
Outras	40 (8,2)
Não se aplica	25 (5,2)
<u>Dimensão económica</u>	
Ausência de rendimentos	17 (3,4)
Insuficiência de rendimentos	28 (5,7)
Pensão/Reforma baixa	269 (54,6)
Vencimento inferior ao Salário Mínimo Nacional	22 (4,5)
Não se aplica	157 (31,8)
<u>Dimensão de saúde</u>	
Incumprimento terapêutico	4 (0,8)
Deterioração cognitiva	8 (1,6)
Doença crónica	216 (43,8)
Doença terminal	4 (0,8)
Dependência funcional	261 (53,0)

* Os doentes podem ter mais do que um indicador e há indicadores que não se aplicam.

Figura 7. Evolução, por ano, no padrão de referenciação dos doentes com Acidente Vascular Cerebral (AVC) à Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI).

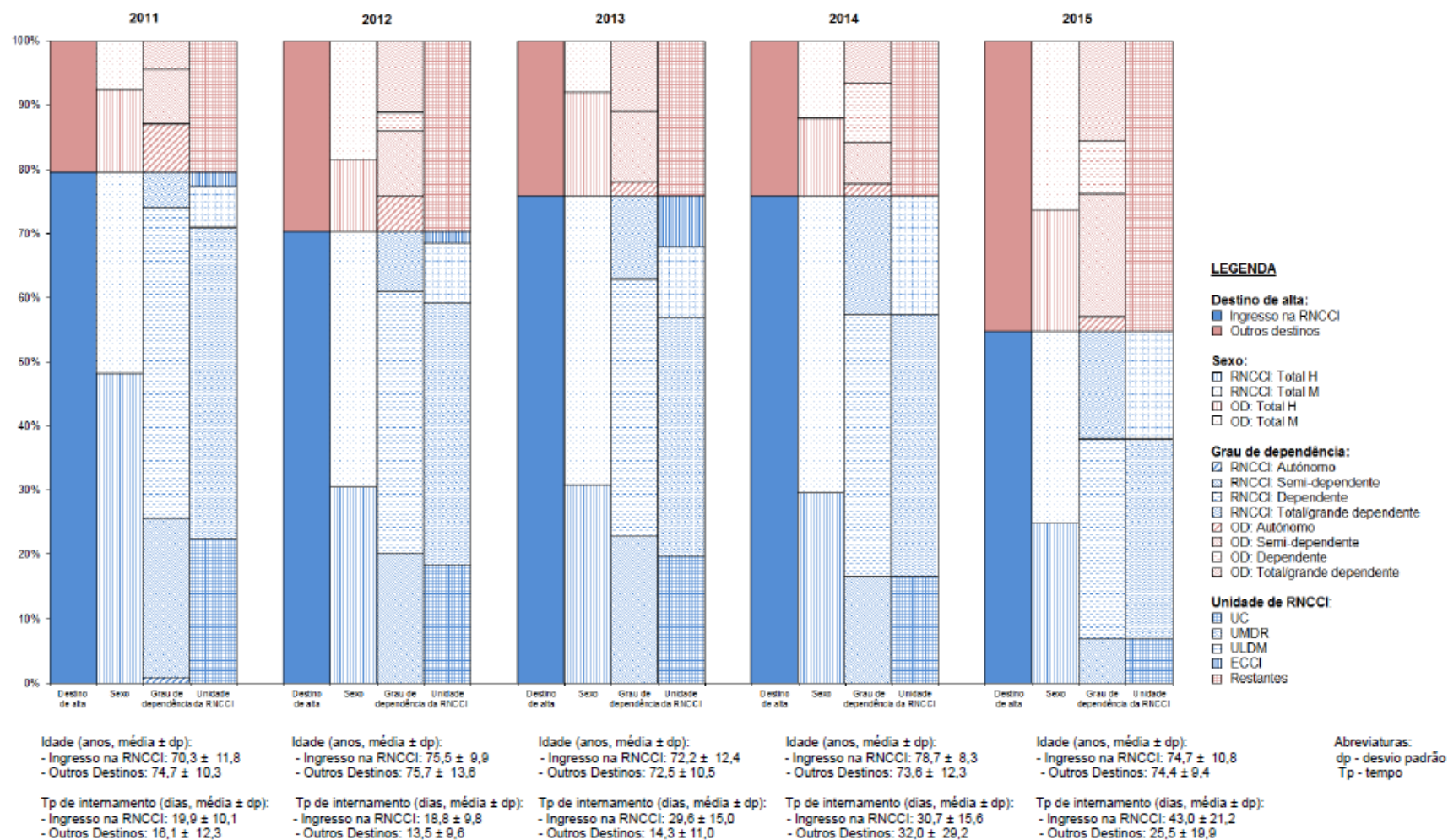


Tabela 2. Comparação entre os doentes que ingressaram (n=354) e não ingressaram (n=139) na Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI), entre os doentes referenciados (n=493).

	Ingresso na RNCCI		OR (IC95%)
	Não	Sim	
	n (%)	n (%)	
Sexo			
Masculino	69 (49,6)	162 (45,8)	1 [ref.]
Feminino	70 (50,4)	192 (54,2)	1,17 (0,79 - 1,73)
Idade			
Média (desvio padrão)	74,2 (11,2)	74,4 (11,1)	1,00 (0,98 - 1,02)
Estado civil			
Solteiro(a)	13 (9,4)	35 (9,9)	1,12 (0,56 - 2,24)
Casado(a)/União de facto	69 (49,6)	166 (46,9)	1 [ref.]
Divorciado(a)/Separado(a)	8 (5,8)	28 (7,9)	1,45 (0,63 - 3,35)
Viúvo(a)	49 (35,3)	125 (35,3)	1,06 (0,69 - 1,64)
Situação laboral			
Baixa por doença longa duração	2 (1,4)	7 (2,0)	1,40 (0,29 - 6,86)
Doméstica	4 (2,9)	24 (6,8)	2,41 (0,82 - 7,09)
Desempregado(a) com subsídio	2 (1,4)	4 (1,1)	0,80 (0,14 - 4,44)
Desempregado(a) sem subsídio	2 (1,4)	9 (2,5)	1,81 (0,38 - 8,48)
Reformado(a)/Pensionista	118 (84,9)	294 (83,1)	1 [ref.]
Sem ocupação	2 (1,4)	7 (2,0)	1,40 (0,29 - 6,86)
Empregado(a)	9 (6,5)	9 (2,5)	0,40 (0,16 - 1,04)
Fonte de rendimento			
Trabalho	9 (6,5)	9 (2,5)	0,40 (0,15 - 1,03)
Subsídio de desemprego	2 (1,4)	4 (1,1)	0,80 (0,14 - 4,40)
Subsídio por doença	2 (1,4)	7 (2,0)	1,40 (0,29 - 6,81)
Rendimento Social de Inserção (RSI)	2 (1,4)	10 (2,8)	1,99 (0,43 - 9,22)
Pensão/Reforma	121 (87,1)	304 (85,9)	1 [ref.]
Sem rendimentos	3 (2,2)	20 (5,6)	2,65 (0,77 - 9,09)
Rendimento			
Sem rendimentos	3 (2,4)	20 (6,3)	2,41 (0,68 - 8,54)
90€ - 200€	4 (3,2)	17 (5,3)	1,54 (0,49 - 4,84)
201€ - 419€	42 (33,6)	116 (36,5)	1 [ref.]
420€ - 505€	24 (19,2)	54 (17,0)	0,81 (0,45 - 1,48)
506€ - 750€	27 (21,6)	59 (18,6)	0,79 (0,44 - 1,41)
751€ - 900€	9 (7,2)	20 (6,3)	0,80 (0,34 - 1,91)
≥ 900€	16 (12,8)	32 (10,1)	0,72 (0,36 - 1,45)
Mediana (intervalo interquartil)	479,7 (338,0)	451,0 (327,8)	
Agregado familiar			
Unipessoal (doente)	45 (32,4)	131 (37,0)	1 [ref.]
Cônjuge	62 (44,6)	128 (36,2)	0,71 (0,45 - 1,12)
Filho(a)	6 (4,3)	22 (6,2)	1,26 (0,48 - 3,30)
Cônjuge e Filho(a)	6 (4,3)	19 (5,4)	1,15 (0,43 - 3,03)
Outros familiares ou amigos	20 (14,4)	54 (15,3)	0,91 (0,49 - 1,69)
Nº de elementos do agregado familiar			
Média (desvio padrão)	1,92 (0,84)	1,86 (0,82)	0,91 (0,72 - 1,15)

Tabela 2 (continuação). Comparação entre os doentes que ingressaram (n=354) e não ingressaram (n=139) na Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI), entre os doentes referenciados (n=493).

	Ingresso na RNCCI		OR (IC95%)
	Não	Sim	
	n (%)	n (%)	
Tipo de habitação			
Casa térrea	60 (43,2)	162 (45,8)	1,25 (0,83 - 1,87)
Apartamento	73 (52,5)	158 (44,6)	1 [ref.]
Ilha	4 (2,9)	17 (4,8)	1,96 (0,64 - 6,04)
Quarto/pensão	1 (0,7)	14 (4,0)	6,47 (0,83 - 50,13)
Sem abrigo	1 (0,7)	3 (0,8)	1,39 (0,14 - 13,55)
Situação habitacional			
Própria	63 (45,7)	112 (31,9)	0,51 (0,33 - 0,80)
Familiares	11 (8,0)	22 (6,3)	0,58 (0,26 - 1,27)
Habitação social	15 (10,9)	47 (13,4)	0,90 (0,47 - 1,75)
Arrendada	49 (35,5)	170 (48,4)	1 [ref.]
WC			
Com banheira	98 (71,0)	255 (72,6)	1 [ref.]
Sem banheira	39 (28,3)	90 (25,6)	0,89 (0,57 - 1,38)
Não tem	1 (0,7)	6 (1,7)	2,31 (0,27 - 19,40)
Casa/Moradia com escadas			
No interior	50 (53,2)	127 (48,3)	1 [ref.]
No exterior	40 (42,6)	127 (48,3)	1,25 (0,77 - 2,03)
No interior e exterior	4 (4,3)	9 (3,4)	0,89 (0,26 - 3,01)
Apartamento com elevador			
Não	30 (41,1)	50 (31,4)	0,66 (0,37 - 1,17)
Sim	43 (58,9)	109 (68,6)	1 [ref.]
Tipo de Acidente Vascular Cerebral (AVC)			
Isquémico	119 (28,7)	295 (71,3)	1 [ref.]
Hemorrágico	20 (23,3)	59 (74,7)	1,19 (0,69 - 2,06)
Grau de dependência			
Autónomo(a)	19 (18,4)	1 (0,3)	0,01 (0,00-0,04)
Semi-dependente	53 (38,1)	92 (26,0)	0,17 (0,10 - 0,31)
Dependente	20 (14,4)	199 (56,2)	1 [ref.]
Totalmente dependente	47 (33,8)	62 (17,5)	0,13 (0,07 - 0,24)
Indicadores de Risco/Vulnerabilidade social *			
<u>Dimensão pessoal</u>			
Incapacidade de autocuidado	131 (94,2)	341 (96,3)	1 [ref.]
Outras	8 (5,8)	13 (3,7)	0,62 (0,25 - 1,54)
<u>Dimensão familiar</u>			
Insegurança quanto aos cuidados no domicílio	68 (54,40)	171 (49,71)	1 [ref.]
Agregado familiar constituído por idosos	36 (28,80)	114 (33,14)	1,26 (0,79 - 2,01)
Inexistência de retaguarda familiar	12 (9,60)	32 (9,30)	1,06 (0,52 - 2,18)
Outras	9 (7,20)	27 (7,85)	1,19 (0,53 - 2,67)
<u>Dimensão económica</u>			
Pensão/Reforma baixa	72 (51,8)	197 (55,6)	1 [ref.]
Outros	67 (48,2)	157 (44,4)	1,52 (0,78 - 2,95)
<u>Dimensão de saúde</u>			
Doença crónica	63 (45,3)	153 (43,2)	0,93 (0,62 - 1,38)
Dependência funcional	72 (51,8)	189 (53,4)	1 [ref.]
Outros	4 (15,4)	12 (3,3)	1,14 (0,36 - 3,66)

* Os doentes podem ter mais do que um indicador e há indicadores que não se aplicam.

CONCLUSÃO

O Acidente Vascular Cerebral (AVC) é uma doença cerebral grave com importantes complicações e que representa uma das principais causas de mortalidade e incapacidade, tendo grandes repercussões na qualidade de vida (QdV) das pessoas. Pelas incapacidades físicas e cognitivas que o AVC acarreta é muito importante que o planeamento da alta hospitalar, para o regresso ao domicílio ou para integração em resposta de saúde ou social, seja programado com base numa visão holística de acordo com as necessidades e preferências do doente (quando possível).

Este estudo é baseado numa coorte retrospectiva constituída por uma amostra de 493 doentes com diagnóstico de AVC que foram referenciados à RNCCI, entre os anos de 2011 e 2015.

A referenciação dos doentes, no decorrer dos cinco anos, foi uniforme e o grau de dependência o principal determinante do destino de alta após o internamento por AVC.

Tendo em conta a tipologia das Unidades, verificou-se que (i) a percentagem de doentes com alta para uma UC diminuiu, (ii) a UMDR foi a que teve o maior número de doentes, independentemente do ano e (iii) houve um aumento de doentes admitidos em ULDM. Analisando-se apenas os doentes que tiveram alta para “outros locais”, verificou-se que os principais motivos para o não ingresso na RNCCI foram:

- a recuperação dos doentes enquanto aguardavam resposta de vaga, com regresso ao domicílio;
- a alta para instituições privadas para fazer reabilitação, devido ao elevado tempo de resposta de vaga na RNCCI;
- o falecimento dos doentes; a alta, a seu pedido ou a pedido de familiares, por demora de resposta de vaga;
- o não cumprimento dos critérios de admissão de acordo com parecer da Equipa Coordenadora Local.

Na prática profissional verifica-se que a prestação de cuidados de saúde exige um esforço de articulação e de complementaridade constante entre os profissionais e os serviços, de forma a garantir-se aos doentes cuidados de saúde de qualidade e em tempo útil.

A criação da RNCCI surgiu para colmatar as necessidades de saúde decorrentes do aumento do envelhecimento (ex.: aumento do aparecimento de eventos agudos graves e do agravamento das doenças crónicas) com o propósito da promoção da prestação de cuidados de saúde. A finalidade é dar continuidade aos cuidados após internamento hospitalar, facilitando o fluxo de doentes nos hospitais, por forma a não aumentar os dias de internamento sem necessidade clínica, o que se traduz num risco de infeções para o doente, assim como num aumento dos custos hospitalares.

A RNCCI tem vindo a dar resposta a muitas das altas hospitalares mas mostra-se incapaz de responder atempadamente às necessidades actuais, quer por insuficiência de vagas de camas nas Unidades, quer na oferta de respostas das equipas domiciliárias multidisciplinares (ex.: ECCI), sendo necessário o seu alargamento através da melhoria e do aumento da capacidade das respostas existentes, mas também através do progresso e criação de novas respostas.

Verifica-se uma grande dificuldade no regresso dos doentes ao domicílio ou a estruturas de retaguarda (família, lares), devido ao elevado grau de incapacidade que o AVC gera. As famílias actuais, da forma como a sociedade está estruturada, não estão preparadas para lidar com pessoas/famíliares com elevados graus de dependência, tenha sido esta criada pela ocorrência de um evento de doença aguda, seja por agravamento de uma doença crónica. A dificuldade de adaptação à mudança e até ao reconhecimento dessa mesma necessidade torna-se difícil, porque muitas vezes são os cônjuges, já idosos e eventualmente com alguma dependência, os principais cuidadores dos doentes também eles dependentes. E os outros familiares (filhos, netos) encontram-se, na maioria das vezes, em idade activa para o trabalho não tendo disponibilidade de tempo para prestar cuidados. Para além da necessidade da existência dum cuidador informal (familiares, amigos ou vizinhos), que vai implicar a reestruturação e reorganização dessas mesmas pessoas, também é importante avaliar-se as condições habitacionais, nomeadamente o que diz respeito a barreiras arquitectónicas, assim como a capacidade económica dos agregados familiares.

Torna-se necessário reflectir na necessidade de formação dos cuidadores informais, assim como no aumento e reestruturação das respostas de saúde (ECCI, Centros de Saúde) e sociais (centro de dia, serviço de apoio domiciliário) já existentes na comunidade, que poderão permitir uma melhor reorganização familiar por forma a que o doente regresse ao seu domicílio com a prestação de cuidados adaptados ao seu estado de saúde. Desta forma, melhora-se o papel e a QdV das pessoas em situação de dependência através da prestação de cuidados continuados de saúde e de apoio social, assim como o bem-estar físico e mental dos cuidadores informais e seus familiares.

ANEXOS

Anexo I - Formulário para Recolha de Dados dos Processos Sociais

Diagnóstico Social

Centro Hospitalar do Porto – Hospital de Santo António

Serviço Social

Nº _____

1) Internamento hospitalar

Data do internamento hospitalar: _____ Tipo de AVC: Isquémico ☐ Hemorrágico ☐

Data de referenciação à EGA: _____ Data de alta para a RNCCI: _____

Unidade: Convalescença ☐ Média ☐ Longa ☐ ECCI ☐

Cancelamento do ingresso RNCCI (se aplicável – pessoa/motivo/destino alta): _____

Grau de dependência aquando da alta hospitalar: Autónomo(a) ☐ Semi-dependente ☐
Dependente ☐ Totalmente dependente ☐

2) Identificação do utente

Data de nascimento: _____ Sexo: Masculino Feminino ☐

Estado Civil: Solteiro ☐ Casado/União de facto ☐ Divorciado/Separado ☐ Viúvo ☐

Situação laboral: Baixa por doença de longa duração ☐ Doméstica ☐ Empregado ☐
Desempregado com subsídio ☐ Desempregado sem subsídio ☐
Reformado(a)/Pensionista ☐ Sem ocupação ☐ Estudante ☐
Outra situação: _____

Fonte de rendimento: Trabalho ☐ Subsídio de desemprego ☐ Subsídio por doença ☐
RSI ☐ Pensão/Reforma ☐ Sem rendimentos ☐

Valor do rendimento (com os duodécimos): Sem rendimentos ☐ ou _____ euros

3) Identificação do agregado familiar

Parentesco	Data de nascimento	Estado civil	Situação laboral	Rendimentos

4) Identificação de outros elementos da família/pessoas significativas

Parentesco/Relação: _____

5) Caracterização habitacional

Tipo de Habitação: Casa térrea ☐ Apartamento ☐ Ilha ☐ Quarto/Pensão ☐ Sem-abrigo ☐

Situação Habitacional: Própria ☐ Familiares ☐ Camarária ☐ Arrendada ☐

Condições Habitacionais (se aplicável):

wc: banheira ☐ / poliban ☐ / não tem ☐

(apenas se casa térrea) escadas/degraus no exterior ☐ escadas/degraus no interior ☐ ambos ☐

(apenas se apartamento) apartamento sem elevador ☐ apartamento com elevador ☐

6) Indicadores de risco/vulnerabilidades (assinalar o verificável):

Dimensão Pessoal	Dimensão Familiar	Dimensão Económica	Dimensão de Saúde
Vive sozinho/a	Agregado constituído por idosos	Ausência de rendimentos	Incumprimento terapêutico
Vítima de violência doméstica	Incapacidade familiar para apoiar/colaborar economicamente	Incapacidade de gestão de recursos económicos	Deterioração cognitiva
Dependência de serviços/instituições	Incapacidade familiar para apoiar/colaborar física /psiquicamente	Insuficiência de rendimentos	Múltiplos internamentos
Incapacidade de auto-cuidado	Inexistência de retaguarda familiar	Pensão / Reforma baixa	Doença crónica
Insegurança quanto aos cuidados no domicílio	Insegurança quanto aos cuidados no domicílio	Salário/vencimento inferior ao SMN	Doença terminal
			Dependência Funcional

Anexo II - Estudo de Investigação com Autorização do Conselho de Administração do CHP

centro hospitalar
do Porto

Hospital Santo António Hospital Maria Pia Maternidade João Dinis Hospital Joaquim Urbano

Largo Prof. Abel Salazar
4099-001 PORTO
www.hgsp.pt

Exma. Sra.

Dra. Mafalda Leão Sampaio

Serviço de Social

ASSUNTO: Trabalho Académico - Mestrado - “Evolução no padrão de referenciação dos doentes com acidente vascular cerebral à rede nacional de cuidados continuados integrados” - N/ REF.º 2016.158(132-DEFI/123-CES)

O Conselho de Administração do CHP **autoriza** a realização do estudo de investigação acima mencionado nesta Instituição, no Serviço Social, sendo Investigador Principal, a Dra. Mafalda Leão Sampaio.

O estudo de investigação foi previamente analisado pela Comissão de Ética para a Saúde, pelo Gabinete Coordenador de Investigação do Departamento de Ensino, Formação e Investigação do CHP, bem como pela Direção Clínica, tendo obtido Parecer Favorável.

Cumprimentos,

CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO
2016 10/10
Dr. SOLLARI ALLEGRO
Presidente
Dr. PAULO CARLOS
Diretor Clínico
Dr. ELIA GOMES
Vogal Executivo
Dr. RUI PEDROSO
Vogal Executivo
Enf.º EDUARDO ALVES
Enfermeiro Director

* Em todas as eventuais comunicações posteriores sobre este estudo é indispensável indicar a nossa ref.º.